16.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 18 *décembre* 1855,

Par A.-A.-L. PERRET,

né à Gallardon (Eure-et-Loir),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris,
Interne de l'Hôtel-Dieu,
Élève de l'École Pratique,
Membre de la Société Anatomique,
Membre de la Société médicale d'Observation,
Honoré d'une Médaille d'Argent du Gouvernement (Choléra 1854),
Médaille de Bronze des Hôpitaux (1852).

ESSAI

SUR

LES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

DUS A L'INFLAMMATION.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1855

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE, Président.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON, Examinateur.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
BECQUEREL.
BOUCHUT.
BROCA.
DELPECH.
DEPAUL.
FOLLIN.
GUBLER, Examinateur.
GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
LASÈGUE.

MM. LECONTE.
ORFILA.
PAJOT.
REGNAULD.
A. RICHARD.
RICHET, Examinateur.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
SEGOND.
VERNEUIL.
VIGLA.

ESSAI

SUR LES

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

DUS A L'INFLAMMATION.

En choisissant pour sujet de ma thèse la question des rétrécissements du rectum, mon intention n'a pas été de faire l'histoire de toutes les coarctations dont cette portion de l'intestin peut être le siége. J'ai tout d'abord éliminé les rétrécissements congénitaux et les rétrécissements cancéreux, non pas que leur étude ne soit très-importante, mais parce qu'ils sont bien décrits par les auteurs et que mon rôle se bornerait à celui d'historien.

Il est une autre variété de la maladie que l'on passe presque sous silence, qui me paraît avoir peu attiré l'attention des chirurgiens; je veux parler des rétrécissements inflammatoires, de ceux qui présentent actuellement une inflammation soit aiguë, soit chronique, ou qui se rattachent nécessairement à l'inflammation, bien que celle-ci ait entièrement disparu.

Pourtant les observations ne manquent plus dans la science; mais jusqu'à présent on a tout confondu, on n'a pas su séparer des maladies bien distinctes. M. Costallat, Tanchou, Auguste Bérard, et M. Maslieurat-Lagémard, ont englobé dans une même description

les rétrécissements inflammatoires et les rétrécissements organiques: de là une confusion inévitable.

Mon but a été d'appeler l'attention des médecins sur la forme des rétrécissements dont je me suis occupé. J'ai basé mon travail sur l'observation, j'ai cherché à le rendre le plus pratique possible; il sera bien incomplet encore, car les observations bien prises ne sont pas nombreuses sur cette maladie; cependant j'ai tout lieu de croire qu'il ne sera pas complétement inutile, et que plus tard il pourra servir un peu aux progrès de la science sur ce sujet.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Le rectum, dernière partie du gros intestin, fait suite à l'*S* iliaque du colon, et commence par conséquent au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, pour venir se terminer à l'anus en s'appliquant sur le sacrum, dont il suit la courbure. De la symphyse sacro-iliaque, il se dirige obliquement de haut en bas et de gauche à droite jusque vers le tiers inférieur du sacrum; parvenu là, il cesse d'être oblique et gagne la ligne médiane jusqu'à l'anus. Il a donc dans son trajet une longueur de 34 à 36 centimètres.

Au point de vue de sa forme et de ses rapports, cet intestin peut être divisé en trois portions: une inférieure ou sphinctérienne, une moyenne ou ampullaire, une supérieure ou sus-ampullaire.

La portion sphinctérienne, que la tonicité des muscles fait très-bien apprécier sur le vivant, a de 3 à 4 centimètres d'étendue; elle se termine chez l'homme là où commence la prostate; elle est légèrement oblique et dirigée en avant et en haut. Les deux sphincters et le releveur de l'anus entourent cette portion, qui se trouve comme plongée dans le tissu adipeux des fosses ischio-rectales. Cette partie du rectum est tapissée d'une muqueuse pourvue d'un épithélium assez épais et reçoit une grande quantité de vaisseaux et de filets nerveux.

La seconde portion, portion ampullaire, présente une muqueuse

d'une sensibilité obtuse, pourvue d'un épithélium mince; elle est entourée de fibres musculaires, les unes longitudinales, les autres circulaires, plus pâles que celles des sphincters, plus rouges que celles du reste de l'intestin; sa longueur est de 8 à 9 centimètres et elle se termine au niveau de la réflexion du péritoine; sa capacité est beaucoup plus considérable que celle du reste de l'intestin. Les rapports de cette portion sont variables en avant, selon qu'on considère le rectum chez l'homme ou chez la femme; en arrière, elle répond au plan sacro-coccygien. Quelques auteurs ont voulu lui assigner supérieurement une ligne de démarcation précise, qui serait indiquée par la présence d'un sphincter que M. Nélaton et M. Velpeau ont placé à 10 ou 12 centimètres de l'anus, et qui aurait une hauteur de 12 à 15 millimètres en avant et de 2 centimètres $^1/_2$ en arrière; mais ce sphincter ne paraît pas exister à l'état de muscle isolé, et quand on a été porté à l'admettre, c'est que, dit M. Gosselin, un des faisceaux de la couche circulaire était plus développé que les autres. Quoi qu'il en soit, la portion moyenne et la portion supérieure du rectum présentent en ce point une différence de calibre qui justifie pleinement la division proposée. Quant à la portion sus-ampullaire, elle forme un peu plus de la moitié de l'étendue de l'organe, et elle abandonne la ligne médiane pour se porter en haut et à gauche, afin de s'aboucher avec l'*S* iliaque du colon, dont le calibre devient subitement plus considérable. Il existe donc au point de jonction des deux intestins un rétrécissement naturel, où O'Beirne à placé son sphincter supérieur, qui ne paraît pas plus exister que celui de M. Nélaton, et sur lequel il a fondé son ingénieuse théorie de la défécation.

Les artères hémorrhoïdales viennent de la mésentérique inférieure, de l'hypogastrique et de la honteuse interne, et s'anastomosent toutes entre elles. Les veines suivent le même trajet et forment à la partie inférieure du rectum le plexus hémorrhoïdal. Les nerfs viennent du plexus hypogastrique, du plexus sacré et du grand

sympathique. Les lymphatiques se rendent aux ganglions pelviens ; ceux de l'anus aboutissent aux ganglions inguinaux.

HISTORIQUE.

J'ai dit, au commencement de ce travail, qu'on avait rangé sur la même ligne une foule de rétrécissements de nature très-diverse, et que les auteurs avaient tout confondu ; il suffit, en effet, de lire leurs descriptions, leurs observations, surtout celles que nous ont laissées les médecins du siècle dernier, pour s'en convaincre. La plupart du temps, il est impossible de se rendre compte des lésions que l'autopsie leur a révélées. Les rétrécissements sont désignés sous les noms de cancer, de squirrhe, de squirrhosités, de fongus, etc., et souvent les termes dont ils se servent désignent un état pathologique tout opposé de celui que le même mot indique de nos jours. Du reste, rien d'étonnant à cela : on n'avait pas encore apporté dans la langue scientifique la précision rigoureuse qui la caractérise aujourd'hui, où une lésion qu'ils rendaient par un mot appelle une description longue et surtout très-minutieuse. C'est à notre siècle, et surtout aux trente dernières années qui viennent de s'écouler, que revient l'honneur d'avoir créé l'anatomie pathologique. Cependant les médecins et chirurgiens de la fin du 17e et du 18e siècle connaissaient les rétrécissements du rectum ; ils savaient qu'il en est d'incurables, tandis que d'autres peuvent sinon guérir, du moins être réduits à l'état d'incommodités parfaitement compatibles avec l'existence.

Dionis, dans son *Cours d'opérations de chirurgie*, parle de fongus malins enracinés dans le rectum. On entretient, dit-il, un hôpital à Rome pour y traiter ceux qui en sont affligés. J'ai vu, continue-t-il, passer ces malheureux, à qui on n'épargne ni le fer, ni le feu, et les cris qu'ils font quand on les panse ne touchent point de pitié, ni les chirurgiens, ni les assistants, parce que ce mal est une suite du commerce infâme qu'ils ont eu avec des hommes, etc.

Duchadoz, dans son excellente dissertation soutenue à Montpellier en 1771, rapporte aussi plusieurs cas de rétrécissements inflammatoires du rectum ; mais il pense qu'on a beaucoup exagéré l'influence de la syphilis sur leur production.

Morgagni, au contraire, paraît regarder la vérole comme une cause puissante de la maladie, et presque toujours, quand il s'est trouvé en présence d'un rétrécissement du rectum, il a administré les antivénériens.

En appliquant ce traitement à tous les cas qui se sont présentés à son observation, nul doute que Morgagni n'ait rencontré des rétrécissements inflammatoires, et n'en ait rencontré souvent; dans sa 32e lettre, il mentionne plusieurs cas de coarctations du rectum, véritablement dues à l'inflammation, qu'il observa soit dans sa pratique particulière, soit avec Valsalva, son maître et son ami.

Avant lui, des médecins célèbres en avaient déjà rapporté des observations, tels sont Riedlin, Jannelli et Lancisi, Hasenet, et enfin Tulpius, qui mentionne un cas remarquable produit par la compression que faisaient éprouver au rectum deux énormes calculs de la vessie. La compression longtemps continuée avait amené l'inflammation des tuniques intestinales et la production de filaments membraneux qui enchevêtraient d'une manière si étroite le calibre de l'intestin, que le malade ne put transmettre aucune partie des excréments.

Avec Valsalva et Morgagni, nous avons traversé le 18e siècle, que l'illustre maître de Bichat termine si glorieusement. Pendant cette longue période de cent années, quelques tentatives avaient été faites pour arriver à la cure des rétrécissements. Quelques observations avaient paru çà et là, mais tellement écourtées, tellement incomplètes, qu'elles ne purent guère servir à élucider la question: tels sont les essais d'Ancelin, les observations de Lafaye, de Charve, de Marquet, de Lebœuf, etc. Desault, le premier, traita plus à fond la question des rétrécissements dans son mémoire sur les squirrhosités du rectum. La maladie était, de son temps, il paraît, très-fré-

quente à l'Hôtel-Dieu. Pour lui, la syphilis est la cause la plus puissante dans leur production. Il avait bien observé ces tubercules qui pulluleut au-dessous de la partie rétrécie, et ces fistules recto-vaginales dont les ulcérations de la portion sphinctérienne s'accompagnent souvent. Comme traitement, il employait des moyens généraux et des moyens locaux, surtout la dilatation graduée. Quelques années après Desault, Bellet (1805), son élève, rappela ses idées dans sa thèse, laquelle n'est qu'une compilation incomplète du mémoire de Desault.

En 1829, un interne des hôpitaux, M. Pinault, élève de Lisfranc, consigna dans sa thèse inaugurale les idées de son maître, et, sous le nom de *cancer du rectum*, a rapporté plusieurs observations intéressantes de rétrécissements inflammatoires dus à des causes diverses, mais surtout à la pédérastie, et sur lesquelles nous aurons occasion de revenir. Ces cas, rapportés en vue de justifier l'opération de Lisfranc, sont curieux, en ce sens que les altérations mentionnées ont beaucoup d'analogie avec celles que M. Gosselin a si bien décrites dans son mémoire sur les rétrécissements syphilitiques.

Quelques années plus tard, en 1834, M. Costallat, dans son mémoire sur la dilatation du rectum, apporta de nouveaux faits à l'appui de l'efficacité du traitement qu'il avait proposé, et donna de la maladie une assez bonne description.

En 1835, parut le livre de Tanchou ; son travail ne présente rien de bien remarquable, et les idées qu'il émet sur le mode de production de la maladie et sur la nature de tous les rétrécissements du rectum, qu'il rapporte tous à l'inflammation, sont loin d'être justes. Ainsi nous le voyons attribuer des valvules conniventes au rectum et regarder l'épaississement de ces prétendues valvules par l'inflammation, comme produisant le rétrécissement. Pour lui, l'inflammation est tout : rétrécissements valvulaires, fibreux, squirrheux, carcinomateux, fibro-cartilagineux, osseux, en un mot, toutes les coarctations possibles sont dues à la phlogose et en sont la conséquence.

On est là en plein dans la doctrine physiologique ; Tanchou n'a pas suivi le mouvement révolutionnaire, du moins si j'en juge par ses réflexions sur la nature du mal. Cependant il me paraît avoir bien observé certains faits, quand, en parlant du rétrécissement vénérien, il affirme que le traitement spécifique est plutôt nuisible qu'utile.

Avant lui, du reste, M. Costallat avait fait la même remarque, et avait hautement proclamé l'inutilité, je dirai plus, les dangers des mercuriaux appliqués aux rétrécissements syphilitiques.

Je crois, dit Tanchou, que le voisinage des parties a été pour beaucoup dans l'opinion de ceux qui pensent que les rétrécissements proviennent souvent de la maladie vénérienne.

Richerand, par contre, affirme que la maladie est le plus souvent due à l'épaississement vénérien des parois rectales, d'accord en cela avec Morgagni, J.-L. Petit, Desault, etc.

Cette divergence d'opinions que nous rencontrons dans les écrits d'hommes également recommandables par leur talent et le nombre des cas qu'ils ont observé, n'a pas disparu de nos jours, comme nous aurons occasion de le voir en traitant de l'étiologie des rétrécissements.

En 1839, A. Bérard et M. Maslieurat-Lagémard firent paraître, dans la *Gazette médicale,* un mémoire sur ce sujet, et se rangèrent à l'avis des chirurgiens dont nous parlions tout à l'heure; mais, dans la description, ils ont eu le tort, à mon avis, de faire marcher de pair le rétrécissement inflammatoire et le rétrécissement organique.

M. Laugier, en 1843, comprit mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour la nécessité de séparer les unes des autres les coarctations rectales, et fit une classe à part de celles que l'inflammation détermine, en ayant soin d'y faire rentrer les rétrécissements syphilitiques, que, dans ces derniers temps, M. Gosselin a essayé de séparer de nouveau.

Beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, M. Gosselin a

indiqué le siége, les altérations et la thérapeutique des rétrécissements dits syphilitiques.

Il a fait remarquer que ces coarctations sont peu éloignées de l'ouverture anale; c'est pour lui un caractère presque spécifique. Toutefois je crois qu'il a trop attribué de valeur à cette proximité de la maladie à l'anus; car, en consultant les observations, je remarque que, pour les rétrécissements inflammatoires bien entendu, les deux tiers au moins des cas ne remontent pas plus haut que 6 centimètres, limite assignée par le chirurgien de Lourcine.

ÉTIOLOGIE.

Avant d'entreprendre l'histoire des rétrécissements du rectum, nous devons dire ce qu'on entend par un rétrécissement.

Les diamètres peuvent être modifiés, diminués :

1° Par certaines lésions des éléments organiques qui composent ce canal;

2° Par des corps organisés ou non, situés autour de l'intestin ou dans son intérieur.

On pourrait dire que, dans le premier cas, le rectum est réellement rétréci, et que dans l'autre, il est seulement déformé, obstrué. Je ne dois donc m'occuper que de la première catégorie; car les limites de mon sujet seraient dépassées, si je faisais la revue de toutes les maladies inflammatoires qui peuvent se présenter dans la périphérie de l'intestin, et devenir des causes de compression.

Ainsi donc je parlerai seulement des rétrécissements par altération inflammatoire des parois, et de ceux qui persistent quand l'inflammation a disparu.

Les causes des coarctations du rectum peuvent être divisées en causes prédisposantes, en causes efficientes. Les causes prédisposantes doivent être recherchées dans l'âge, le sexe, et les particularités anatomiques qui se rencontrent dans la forme de l'intestin et au point de vue des rapports qu'il a avec les parties qui l'environnent.

Causes prédisposantes.

Le *sexe* paraît avoir une notable influence sur la maladie.

Les femmes y sont, d'après les auteurs, beaucoup plus prédisposées que les hommes ; toutefois les rapports de fréquence qu'on a voulu établir de l'un à l'autre sexe ne sont pas toujours très-certains. C'est ainsi que la proportion établie par Desault, de 10 à 1, est certainement beaucoup trop considérable ; celle de A. Bérard et de M. Lagémard me paraît beaucoup plus vraie. Ces auteurs, sur 43 cas, ont noté 23 femmes et 20 hommes ; Tanchou, sur les 6 observations de rétrécissements inflammatoires qui sont consignées dans son traité, fait mention de 4 femmes et de 2 hommes ; M. Costallat, dans celles qui lui sont propres, fait mention de 11 femmes et de 4 hommes seulement ; M. Pinault, dans 6 cas où le sexe est indiqué, mentionne 4 hommes et 2 femmes seulement. Mais, comme je l'ai déjà dit, sous le titre de *rétrécissements du rectum*, les auteurs ayant décrit des maladies dissemblables, les chiffres qu'ils nous ont présentés ne sont pas d'une très-grande valeur.

Dans les cas que j'ai pu réunir, et qui sont au nombre de 69, il y avait 22 hommes et 47 femmes, ce qui donnerait pour le sexe féminin une proportion double à peu près de celle que l'on rencontre chez l'homme.

Malgré cela je n'ai pas la prétention de penser que ce rapport doive être exact : les observations que plus tard on pourra recueillir pourront le faire varier. Cependant j'ai l'intime conviction que cette maladie est plus fréquente chez la femme, du moins dans notre pays.

Age. L'âge des individus ne paraît pas avoir une grande influence : car, dans les observations que nous avons sous les yeux, la maladie a pu se montrer depuis l'âge de quinze ans jusqu'à soixante-huit ans ; le plus jeune sujet est une femme dont l'observation est due à

Tanchou, le plus vieux est un homme de soixante-huit ans. Cependant il est rare qu'à une époque aussi avancée de la vie, le rectum se rétrécisse par inflammation; le plus souvent, la maladie remonte à une époque assez éloignée, et les malades ne consultent guère les médecins que longtemps après que les symptômes se sont manifestés. C'est ainsi qu'on voit ces personnes se plaindre d'une constipation habituelle, d'une grande difficulté pour aller à la garde-robe; elles abusent de purgatifs et de lavements, et ce n'est guère que quand elles voient survenir les symptômes réactionnels qu'elles informent leur médecin de leur position.

Heureux encore quand le consultant a l'idée de diriger ses investigations vers l'extrémité du tube intestinal !

Il en résulte que l'on est autorisé à admettre que c'est de l'âge de vingt à quarante ans que se montrent presque tous les rétrécissements.

Des prédispositions qui résultent des rapports du rectum et de sa conformation. Le rectum, avons-nous dit dans la partie anatomique, naît au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche; il existe à cet endroit un angle saillant, constitué par l'aileron du sacrum, et qui fait partie du détroit supérieur (Ancelin, *Histoire de la Société royale de médecine,* 1780 à 1781). Ancelin regardait cette disposition comme favorisant la production des rétrécissements : la courbure que cet angle fait faire à cet intestin rendant les fibres plus susceptibles, en cet endroit, d'être comprimées et de contracter un principe d'engorgement. Cette saillie de l'angle sacro-vertébral doit avoir une bien faible influence, et c'est à peine si elle mérite d'être signalée. Il n'en est pas de même de la forme de l'intestin : son calibre en effet n'est pas régulier; il présente, lorsqu'on l'a insufflé, des diminutions au niveau desquelles l'inflammation a plus de tendance à se concentrer. Ces rétrécissements naturels existent : 1° au niveau de la portion inférieure avec la portion moyenne; 2° au point de jonction de la portion moyenne avec la portion supérieure; 3° au moment où l'in-

testin va s'aboucher avec l'S iliaque du colon. Cette particularité n'a pas échappé aux pathologistes, et M. Bégin, dans son mémoire remarquable sur les maladies graves de l'anus et du rectum, a présenté des considérations qu'il me semble utile de rappeler ici. « Il est un fait à la fois curieux et important, en physiologie pathologique, c'est que, de toutes les parties du canal alimentaire, celles qui présentent des rétrécissements sont le siége le plus ordinaire des altérations les plus graves. Sur ces points rétrécis, on observe des vaisseaux plus nombreux, une sensibilité plus vive, une organisation plus compliquée : là existent des points d'arrêt nécessités par les élaborations qui doivent s'opérer immédiatement au-dessus, là s'exercent des frottements plus rudes. S'agit-il d'inflammations aiguës, les endroits que j'indique sont ceux où elles se développent avec le plus d'intensité.

Est-il question de phlegmasies chroniques qui, après avoir envahi de grandes surfaces, se limitent et se concentrent sur certaines parties, soyez assuré que vous les trouverez presque toujours dans les régions que je signale.

Etudiez les observations, ouvrez les cadavres, et vous trouverez que les maladies chroniques du canal alimentaire ont sur ces points leur siége principal ou même exclusif.

La terminaison inférieure du gros intestin et l'orifice qui lui fait suite sont pourvus de toutes les conditions qui doivent rendre à la fois leurs lésions très-fréquentes et très-graves.

Rappellerons-nous maintenant l'opinion de Tanchou, relativement aux valvules conniventes du rectum ? Le fait anatomique n'existant pas, il va sans dire que la théorie se soutient par l'examen ; toutefois il est juste de dire que de légers plis de la muqueuse existent dans l'ampoule.

Les auteurs, outre les causes prédisposantes que nous venons de mentionner, ont encore attribué une certaine influence à l'abus des purgatifs, aux astringents, aux vices scrofuleux, aux affections de la peau, aux fièvres intermittentes, aux indigestions, à l'habitude des

aliments excitants, à la constipation, à l'état pléthorique, etc.; en un mot, à des causes générales dont l'influence ne nous paraît pas plus démontrée, à l'occasion des maladies du rectum, que dans beaucoup d'autres affections. Quoi qu'il en soit, ces diverses causes donneraient lieu à une rectite, et, par suite, à une coarctation. Plusieurs observations consignées dans les auteurs sembleraient cependant donner gain de cause à ceux qui les ont mises en avant.

Mais, comme en définitive elles agissent en enflammant l'intestin, je parlerai seulement de la rectite, en traitant des causes occasionnelles.

Causes occasionnelles.

Ces causes sont nombreuses, et en faisant le relevé des observations, j'ai été étonné de leurs variétés.

Craignant parfois de m'en laisser imposer par les malades, je me suis souvent appesanti sur leurs antécédents ; j'ai recherché, avec beaucoup de soin, si les malades avaient eu ou non la syphilis; je l'ai souvent rencontrée : mais aussi il m'est arrivé, malgré tous mes efforts, de ne pouvoir lui attribuer quelques-uns des rétrécissements que j'ai eu l'occasion de rencontrer pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler ; je l'ai fait avec d'autant plus de soin que j'y avais été préparé par la lecture du mémoire de mon excellent maître M. Gosselin.

J'ai rencontré des malades avec des rétrécissements analogues quant au siége, quant à la forme de la maladie, qui se rapprochaient beaucoup de ceux qui font l'objet du mémoire que je viens de rappeler, mais qui avaient une toute autre cause; du reste, je citerai des observations à l'appui, où j'indiquerai les auteurs où je les ai rencontrées. Dans un cas fort curieux, la grossesse m'a paru être la cause occasionnelle de a maladie.

Jeanne-Claude L..., âgée de trente-quatre ans, baigneuse, est

entrée à l'hôpital Beaujon, le 18 octobre 1854; cette femme a été réglée à dix-huit ans et demi; la menstruation est régulière et dure quatre jours; elle a eu trois enfants et a fait une fausse couche; il y a huit ans, à la suite de sa dernière couche, elle eut une affection de l'utérus qui dura un an, et pour laquelle elle fut plusieurs fois cautérisée au fer rouge.

Quant à la maladie pour laquelle elle est entrée dans le service, voici ce qu'elle nous apprend :

Il y a douze ans, elle s'aperçut d'une grande difficulté pour aller à la selle, et bientôt elle ressentit des douleurs très-vives; elle attribuait cette gêne de la défécation à sa grossesse (elle était enceinte pour la première fois). Les douleurs persistant après l'accouchement, la malade entra à la Maison de santé, où elle fut traitée par les mèches et les lavements froids. Combien de temps dura ce traitement et l'amélioration qui le suivit, c'est ce qu'il est impossible de savoir; toutefois il paraît que le mieux fut d'assez courte durée. La malade entra dans le service de M. Velpeau; elle y fut traitée par les mèches, et on lui administra à l'intérieur une liqueur qui amena le déchaussement des dents : ce traitement dura huit mois sans succès.

En 1849, la défécation était devenue à peu près impossible, et des coliques très-vives tourmentaient sans cesse la malade, quoiqu'elle fît un usage très-fréquent de purgatifs et de lavements.

M. Robert fit successivement sept cautérisations avec le caustique Filhos, maintenant la dilatation à l'aide de grosses mèches : au dire de la malade, il y eut peu de soulagement, et, lasse d'un traitement qui ne lui paraissait amener aucune amélioration, elle quitta l'hôpital.

En 1851, la malade entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton, qui pratiqua plusieurs incisions sur le rétrécissement, et qui furent suivies d'un grand soulagement. Pendant six semaines, on introduisit des mèches dans le rectum. La malade rentra chez elle et tâcha de se maintenir le ventre libre, par l'usage presque

journalier des purgatifs et des lavements. Mais aujourd'hui la défécation est devenue très-douloureuse, les matières sont rubanées, la malade se présente inutilement huit à dix fois par jour à la selle. Les tentatives de garde-robes sont suivies de violents frissons, coliques très-vives continuelles, douleurs dans les reins. Conservation d'appétit, bonnes digestions, pas de renvois.

État actuel. Aspect extérieur d'une bonne constitution, figure fraîche et colorée, pas ou peu d'amaigrissement, pas de flueurs blanches.

La malade nie très-vigoureusement tout accident syphilitique. Il n'y a pas d'engorgement des ganglions; elle n'a pas eu de taches à la peau, pas de chute de cheveux, et rien dans la conformation de l'anus ne porte à croire à des rapports antiphysiques.

Le doigt introduit dans le rectum trouve, à 5 centimètres environ, un rétrécissement assez résistant, que l'on peut franchir par une dilatation forcée. Si on introduit à la fois un doigt dans le vagin et un dans le rectum, on sent, dans une étendue de 5 à 6 millimètres, un tissu plus dur que le reste des parois recto-vaginales, etc.

Observations. La malade dont nous venons de rapporter les antécédents présente le fait d'un rétrécissement du rectum dont l'apparition a coïncidé avec la grossesse. On peut l'expliquer par la compression continuelle du fœtus sur l'intestin pendant la dernière période de la grossesse, et aussi peut-être par la constipation souvent opiniâtre qui fatigue les femmes pendant la gestation; le rectum, ainsi soumis à une double cause d'irritation, s'est enflammé chroniquement, s'est induré, s'est rétréci. L'absence de maladies intestinales antérieures, l'absence de manifestations syphilitiques, tout m'autorise à attribuer la maladie à la cause que je mentionne.

Dans un cas rapporté par Marquet, dans son traité de l'hystérie et de la jaunisse, il paraît évident que le rectum s'est enflammé par suite de la pression longtemps continuée d'un pessaire. Le rectum, à 6 ou 7 pouces au-dessus de l'anus, était tellement contracté dans

toute la circonférence circonscrite d'un doigt, qu'il semblait qu'on y eût fait une ligature.

..... En recherchant dans les parties voisines la cause de cet étranglement, nous découvrîmes dans le fond du vagin, immédiatement au-dessous de l'orifice de la matrice, un pessaire solide, rond, ayant environ 4 pouces de circonférence et un quart de pouce d'épaisseur. (*Traité de l'hydropisie et de la jaunisse,* p. 160 ; Paris, 1770.)

D'autres fois la maladie a paru succéder à une violence extérieure ; du moins l'apparition des premiers symptômes de rétrécissement a coïncidé avec l'époque de l'accident, comme on peut le voir en lisant la 29e observation de M. Costallat. La malade avait eu, à l'âge de dix-huit ans, des tubercules muqueux à la lèvre génitale droite, et plus tard des exostoses au tibia. Lors d'une chute faite à l'âge de vingt-huit ans, et dans laquelle le coccyx porta contre une pointe de marbre, la malade entendit un craquement et éprouva une douleur très-vive dans cette région. C'est depuis cette époque que la défécation s'était embarrassée, que les selles s'étaient teintes de sang, et que les fèces avaient la forme olivaire ou rubanée, suivant la consistance. Ainsi donc dix ans se sont écoulés depuis l'apparition de l'accident syphilitique jusqu'au moment où les fonctions du rectum ont commencé à se pervertir. Est-il rationnel, dans ce cas, de mettre la vérole en cause? (Costallat, obs. 29.)

J'ai eu l'occasion d'observer cette année, dans le service de M. Robert, un cas analogue chez une femme de trente-cinq ans, qui avait eu la vérole à dix-huit ans, et qui arriva jusqu'à l'âge de trente-trois ans sans présenter rien d'anormal du côté de l'intestin. Les accidents se montrèrent, à cette époque, à la suite d'une chute sur les fesses que fit la malade en descendant un escalier. Un abcès volumineux se montra à l'anus, et un rétrécissement à 4 ou 5 centimètres de l'anus en fut la conséquence. (Obs. 2.)

Mon collègue et ami M. Pillon, interne de M. Cullerier à l'hôpital

de Lourcine, m'a montré dans son service une malade dont j'ai recueilli l'observation, et chez laquelle un rétrécissement s'est montré à la suite d'un phlegmon développé dans la paroi recto-vaginale et dans le tissu cellulaire péri-rectal. Ce rétrécissement est situé à 4 centim. $^1/_2$ de l'anus, et se présente au doigt sous forme d'un cercle linéaire cicatriciel. A son niveau, dans le vagin, on trouve une bride transversale, de sorte que la paroi rectale et la paroi vaginale sont intimement adhérentes en ce point. Chez cette malade, des accidents spécifiques se sont manifestés depuis, de sorte que là encore la syphilis n'a joué aucun rôle. (Obs. 3.)

Duchadoz, dans sa 11e observation, rapporte qu'un homme de quarante-cinq ans, atteint d'une fièvre maligne qui se termina assez heureusement, du moins en apparence, ressentit, après quinze jours de convalescence, de l'ardeur et du prurit au fondement, et qu'à différentes fois il évacua deux ou trois palettes de pus. Un vaste abcès existait sur le flanc droit, le rectum était notablement rétréci. Peu à peu les excréments s'amincirent, et dans les trois jours qui précédèrent sa mort, on eût dit qu'ils avaient été passés à la filière. Enfin le malade mourut.

Le rétrécissement, produit d'abord par une simple compression du rectum, était devenu idiopathique par l'épaississement et l'induration des tissus qui le constituent. (Voy. Duchadoz, 21e obs.)

La première observation de M. Costallat, la 23e de son recueil, nous offre aussi un bel exemple de rétrécissement du rectum dans sa moitié supérieure, produit par un abcès iliaque gauche; il y avait eu là une véritable rectite. (Costallat, 23e obs.)

Nul doute que, dans les deux cas que nous venons de citer, la coarctation n'eût persisté, si les malades eussent guéri de leurs abcès.

Les maladies auxquelles le rectum est fréquemment exposé peuvent amener aussi un rétrécissement. Mon excellent ami M. Marcé a présenté, en 1853, à la Société anatomique, un rectum provenant d'un jeune homme de seize ans, qui portait depuis l'enfance un pro-

lapsus de cet organe; d'autres fois ce sont des hémorrhoïdes enflammées qui deviennent la cause du mal, comme dans le cas relaté par M. Pinault et dans celui de M. Costallat, observation 28. (Voy. *Essai sur un nouveau mode de dilatation.*)

Le rectum, comme tous les autres organes, peut devenir le siége d'inflammation spontanée, et celle-ci affecte les formes aiguës, chroniques ou ulcéreuses; de là encore une cause puissante de rétrécissement. L'inflammation peut être diffuse, occuper toute l'étendue de l'organe, ou bien être concentrée sur quelques points. La muqueuse peut être simplement congestionnée à divers degrés, ramollie, épaissie ou indurée, ou enfin ulcérée, et couverte de végétations. Comme altérations consécutives à ces lésions, on trouve souvent une induration plus ou moins considérable de la couche lamineuse sous-jacente, d'où peut résulter soit un notable rétrécissement de la cavité du rectum, soit une hypertrophie de la tunique charnue.....

La rectite se développe quelquefois sans cause connue, d'autres fois par l'introduction d'agents irritants, qui tantôt sont mis en contact immédiat avec la muqueuse rectale par le moyen des lavements, et qui tantôt, portés d'abord dans l'estomac, semblent aller exercer sur le rectum une action irritante élective. Je connais un individu qui ne peut boire de bière sans être pris de tous les symptômes de rectite aiguë, etc. (Andral, *Dict. de méd.*, t. 18.)

Ainsi donc certaines causes peuvent enflammer le rectum, produire des rétrécissements, sans qu'il y ait un rapport immédiat entre la cause et la lésion. Pour un certain nombre, telles que la suppression de la gale, la métastase d'une autre maladie, il est évident qu'il y a simple coïncidence; mais, pour d'autres, il est certain qu'elles ont agi efficacement, liées peut-être à des conditions qui ont échappé à l'œil de l'observateur. Du reste, tous les pathologistes se sont, comme à l'envi, copiés les uns les autres, quand ils ont fait mention de cette étiologie. Cependant il existe des observations où elles paraissent, comme je le disais tout à l'heure, avoir joué le rôle de

causes efficientes. Nous trouvons dans nos observations plusieurs faits qui paraissent le démontrer; ces faits, au nombre de six, sont dus à Tanchou, à M. Costallat. Les malades observés par Tanchou étaient le premier habituellement constipé; chez le second, à la constipation, se joignaient l'habitude d'être sédentaire, et la position assise. Chez le troisième, un régime excitant paraît avoir été la cause déterminante de la maladie; chez le quatrième, le malade avait l'habitude des plaisirs de la table, et chez le cinquième, il s'agit d'un homme qui pendant longtemps avait fait des excès de toute sorte, et qui fut pris, sans cause connue, d'une inflammation très-aiguë du rectum. Dans le cas rapporté par M. Costallat, la malade présentait une constipation volontaire, depuis l'âge de douze ans; à la suite de ses couches, elle eut un refroidissement, et une rectite s'ensuivit, dont un rétrécissement fut la conséquence. Dans l'autre cas, la cause de l'inflammation n'a pas été relatée. M. Leudet (*Bulletins de la Soc. anat.*, 1852) a présenté à la Société anatomique le rectum d'une femme sur lequel il existait une vaste ulcération dont les bords étaient indurés, et diminuaient notablement la capacité de l'intestin. M. Costallat a trouvé aussi une vaste ulcération qui, pendant deux ans, avait donné lieu à un flux hémorrhoïdal (obs. 30).

Enfin quelques faits ne peuvent être rapportés à aucune cause spéciale, quoique cependant l'inflammation ait été nécessaire pour donner lieu aux lésions que les malades ont présentées. Telle est l'observation d'Ancelin, rapportée dans le rapport de Vicq, d'Azyr, la 32e de M. Costallat, et la 4e de Tanchou.

Des corps étrangers, après avoir été introduits dans l'estomac, et avoir parcouru le tube digestif, peuvent s'arrêter dans le rectum, y causer de la phlogose, et amener des rétrécissements, de même que des corps étrangers introduits par l'anus. Ancelin raconte l'histoire d'une dame qui avala une de ses dents, laquelle s'enfonça par sa pointe dans les tuniques intestinales; Copeland, celle d'une autre femme qui avait avalé un noyau de prune. Des cas nombreux, sur lesquels j'aurai occasion de revenir tout à l'heure, produisent sou-

vent aussi le rétrécissement, quand le corps étranger a été introduit par l'anus. Une maladie assez commune, la dysenterie, lui donne également lieu, dans cinq cas, les choses se sont ainsi passées. On conçoit que les ulcérations qui caractérisent cet état morbide, venant à se cicatriser, donnent lieu à des coarctations fibreuses ; j'en ai réuni quatre cas dans lesquels l'influence de la dysenterie est évidente.

Deux de ces cas sont dus à mon très-honoré maître, M. Robert, chirurgien à l'hôpital Beaujon (obs. 5 et 6) ; un troisième, à M. Costallat (obs. 37); le quatrième, relaté dans les *Annales médicales* de la Flandre orientale, est dû au Dr Vandommelen.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à parler des deux causes les plus fréquentes des rétrécissements du rectum, la pédérastie et la syphilis ; ces causes sont certainement parmi les plus fréquentes, et pour la première, j'en ai rassemblé huit cas incontestables. Le dernier a été observé par moi à l'hôpital de Lourcine.

Il s'agit d'une femme de quarante à quarante-cinq ans, couchée au n° 24 de la salle Saint-Clément, et qui avait eu, depuis quelques années, l'habitude de rapports antiphysiques fréquents. L'anus était largement dilaté, mais non en entonnoir ; ses bords étaient nettement circonscrits ; la dilatation remontait jusqu'au niveau de la portion sphinctérienne avec la portion ampullaire, donc à 4 centimètres à peu près de l'orifice.

A ce niveau, il y avait une légère induration de la muqueuse, donnant lieu à un peu de diminution dans le calibre du rectum. Le doigt, après avoir franchi ce détroit, arrivait dans l'ampoule, et l'on avait la sensation de rugosités peu prononcées sur la muqueuse.

Les surfaces que l'œil pouvait apercevoir (et l'on apercevait jusqu'au rétrécissement) étaient ulcérées et fournissaient un pus fétide, verdâtre et mal lié.

La malade sortit au bout de quelques jours, et malheureusement nous ne savons ce qu'elle est devenue.

Chez elle la muqueuse était d'un rouge très-vif, et offrait çà et là de petites tumeurs de la grosseur d'un pois, très-douloureuses au toucher.

Ces faits nous paraissent très-importants pour expliquer en grande partie, sinon dans la totalité des cas, les rétrécissements vénériens du rectum. Ainsi, chez la malade dont il est question, l'introduction si souvent répétée d'un corps étranger a amené l'inflammation; peut-être même cette inflammation a-t-elle été de nature blennorrhagique; puis un rétrécissement s'est formé sur un des points enflammés, et enfin l'inflammation, gagnant toujours, a envahi la muqueuse au-dessus. Nous avons pris là, sur le fait, le mode suivant lequel s'effectuent les rétrécissements du rectum, et peut-être cela servira-t-il à expliquer la production de beaucoup d'autres.

Les autres observations de rétrécissement dans lesquelles la pédérastie a joué le rôle de cause efficiente sont consignées dans la thèse de M. Pinault, dans l'ouvrage de M. Yvaren, sur les métamorphoses de la syphilis; une est rapportée par M. Costallat (35e observation); une enfin, que je rapporte, m'a été communiquée par M. Pillon, interne des hôpitaux.

Syphilis. Chez les femmes le plus souvent (Cullerier), parfois aussi chez les hommes qui ont eu antérieurement des accidents primitifs ou secondaires à l'anus, mais qui ne présentent plus depuis longtemps aucun autre symptôme spécifique, on observe soit une inflammation chronique de la dernière moitié du rectum, le plus souvent avec rétrécissement, soit des ulcérations qui n'ont plus la moindre ressemblance avec celles qui sont sous la dépendance de la vérole primitive, secondaire ou tertiaire; ces rétrécissements, qui apparaissent à la suite de la vérole, beaucoup d'auteurs, tels que Morgagni, Desault, Boyer, A. Bérard, MM. Lagémard et Laugier, parmi les chirurgiens, et pour MM. Lagneau,

Baumes et Vidal, parmi les syphiliographes, les regardent comme une des expressions de la vérole constitutionnelle. Peut-elle bien y être rattachée? Elle est réfractaire à tous les traitements mercuriels et iodiques; elle ne tient absolument à la vérole que par ses antécédents. M. Cullerier, l'un des hommes dont l'expérience est la plus consommée en fait de syphilis, a dernièrement écrit un mémoire sur une affection intestinale qu'il désigne sous le nom d'entérite syphilitique; il a émis l'opinion que les diarrhées chroniques qu'on observe dans la cachexie tertiaire, et contre lesquelles échouent les moyens antidiarrhéiques ordinaires, pourraient bien être entretenues par des tumeurs gommeuses sous-muqueuses, qui se ramollissent, suppurent, et finissent par s'ulcérer, comme celles de la peau. La certitude a bientôt remplacé le doute quand, donnant l'iodure de potassium, il a vu les coliques et la diarrhée s'amender rapidement.

Au rectum, d'après les faits connus, rien d'analogue ne s'est montré, quoiqu'on puisse admettre la possibilité de pareilles lésions. Aussi, pour les rétrécissements du rectum qui se montrent chez des individus ayant eu des chancres ou des condylomes à l'anus, affirme-t-il que la maladie n'est pas l'expression de la diathèse syphilitique, bien loin d'être d'accord en cela avec beaucoup de syphiliographes, entre autres de M. Vidal, qui les regardent comme devant céder aux médicaments spécifiques, dont il se loue beaucoup. Mais M. Vidal, comme les médecins dont il partage la manière de voir, a employé concurremment les mercuriaux et la dilatation. M. Gosselin, dans un travail qu'il a publié dans les *Archives de médecine* de décembre 1854, a bien observé cette particularité, et pense comme M. Cullerier; il a minutieusement étudié la marche de la maladie, dont il a pu suivre le développement sur deux de ses malades. Toutefois nous pensons qu'il a été trop exclusif en rapportant, comme il l'a fait, tous les cas de rétrécissements à la présence d'un chancre à l'anus; car, dans la thèse de M. Pinault, on trouve des cas observés tant sur des hommes que sur des femmes,

qui avaient l'habitude de rapports antiphysiques, et chez lesquels la maladie s'est développée consécutivement à une blennorrhagie de l'intestin : il existait des lésions pareilles à celles qu'a décrites M. Gosselin, et le siége du rétrécissement était au niveau qu'il indique. Mais il est juste de dire que M. Gosselin ne nie pas la possibilité d'un pareil résultat; il le passe sous silence, n'en ayant, dit-il, jamais observé. Bien peu d'individus sont disposés à avouer qu'ils se sont prêtés à d'aussi viles actions, et certes un dernier reste de pudeur peut bien faire que M. Gosselin ait été trompé par ses malades. Je serais disposé à croire que souvent le rétrécissement succède à la blennorrhagie, et que lorsqu'il succède au chancre, ce doit être plutôt comme lésion de cicatrices remplaçant le chancre que comme inflammation de voisinage; car le chancre est ordinairement indolent, surtout quand il est induré (Ricord), il a peu de tendance à se compliquer d'inflammation, et suppure très-peu; aussi j'avouerai ne pas bien comprendre comment une inflammation aussi intense que celle du rectum peut être la conséquence de la subinflammation d'un chancre.

L'introduction souvent répétée d'un corps étranger, la nature virulente, des liquides déposés dans le rectum, me paraissent jouer un rôle très-efficace.

M. Gosselin dit avec raison que les rétrécissements du rectum sont rares, puisqu'il n'a pu en réunir que douze observations pendant son séjour à Lourcine. A quoi cela tient-il? Pourtant les mêmes modifications se passent dans les tissus chez les personnes qui ont un chancre anal. On voit à Lourcine, pendant l'année, un assez bon nombre de chancres à l'anus : la rareté de la maladie ne pourrait-elle pas être rapportée à la rareté même des individus, hommes ou femmes, qui subissent les égarements de l'amour masculin?

Cependant je n'ai pas droit de renier l'étiologie accusée par M. Gosselin; son talent d'observation bien connu ne me permet pas, à moi l'un des élèves qu'il a le plus affectionnés, de mettre en doute l'exactitude des faits qu'il a décrits. Aussi mon but est-il non

pas de critiquer, mais bien d'appeler l'attention sur ce point intéressant de la pathologie.

En résumé, les causes occasionnelles capables de donner lieu aux rétrécissements du rectum sont les suivantes :

1° La grossesse;

2° La compression de l'intestin par un corps étranger (obs. de Marquet) ;

3° Une violence extérieure ;

4° Des abcès développés à la périphérie du rectum ;

5° Le prolapsus du rectum ;

6° Des hémorrhoïdes enflammées ;

7° La rectite avec ses différentes formes et les causes générales capables d'enflammer les autres tissus ;

8° L'introduction de corps étrangers ;

9° La dysenterie ;

10° La pédérastie ;

11° La syphilis.

Enfin il nous reste à mentionner les rétrécissements du rectum déterminés par les opérations chirurgicales.

M. le professeur Malgaigne affirme que toute opération pratiquée sur les tuniques de l'intestin le rétrécit ; cela se comprend, parce qu'un tissu de cicatrice vient accoler les bords de la division ou de la perte de substance produite par le bistouri ou les caustiques. Beaucoup de chirurgiens m'ont affirmé avoir observé ces rétrécissements à la suite d'opérations ; mais je n'en ai pu recueillir que trois cas : l'un tiré du mémoire de M. Bégin, le second sur lequel M. Cusco m'a donné quelques renseignements, le troisième enfin qui m'a été communiqué par mon ami le Dr Bauchet, et dont je rapporte l'observation à la fin de ce travail.

SIÉGE DES RÉTRÉCISSEMENTS.

Le siége des rétrécissements de la nature de ceux qui nous occupent est excessivement variable ; d'une manière générale cependant, on peut dire qu'ils se montrent le plus souvent dans la moitié inférieure du rectum, bien qu'ils aient été observés sur tous les points de sa surface. Il suffit du reste de jeter les yeux sur le tableau suivant pour se convaincre que le tiers inférieur surtout de l'intestin jouit de ce triste privilége.

Sur 58 fois où le siége a été noté, nous trouvons :

4 cas à partir de l'anus, et remontant à des hauteurs variables dans l'intestin.
32 cas, en y comprenant les 12 de M. Gosselin, au-dessous de 0,06 centim..
3 cas à 6 centimètres.
7 cas entre 6 et 9 centimètres.
4 cas à 9 centimètres.
5 cas au-dessus de 9 centimètres.
3 cas à la jonction du rectum avec le colon.
58

Ainsi donc 48 fois le mal n'a pas dépassé 0,09 cent. On peut se rendre compte de cette particularité quand on sait que c'est sur cette position de l'intestin qu'agissent presque toutes les causes susceptibles de donner lieu à des rétrécissements.

Là en effet se montrent les hémorrhoïdes, les abcès, les fistules, la procidence de la muqueuse, les chancres, les condylomes, les végétations, etc. Dans cette portion aussi, pénètrent les corps étrangers et stagnent plus ou moins longtemps les fèces et les corps étrangers qui peuvent avoir été portés par la bouche dans le tube intestinal ; c'est enfin sur elle que le chirurgien porte le bistouri dans les opérations chirurgicales. Il serait bon cependant de savoir si les différentes causes que nous avons énumérées n'ont pas des endroits préférés ; une sorte d'action élective sur les différents points du rec-

tum pour y développer cette triste infirmité. En un mot, cherchons à reconnaître le rapport qu'il y a entre le siége et les causes.

A. *Rétrécissements partant de l'anus et remontant plus ou moins haut dans l'intestin.*

Comme causes, nous trouvons l'excision d'une fistule à l'anus (Bégin), une diarrhée incoercible (Henry), des hémorrhoïdes très-souvent turgescentes, des maladies vénériennes suivies de fièvre quarte et d'un long traitement mercuriel et par le quinquina (Costallat), une rectite par excès de tous genres (Tanchou).

B. *Rétrécissements situés à moins de 6 centimètres de l'anus.*

Dans ces cas, il en existe : 1 suite de grossesse, 2 dus à des abcès des fosses ischio-rectales et de la paroi recto-vaginale, 2 à des cautérisations d'hémorrhoïdes, 1 à des hémorrhoïdes enflammées, 1 au flux hémorrhoïdal sans hémorrhoïdes, 1 à la rétention volontaire des fèces, 1 à la dysenterie, 2 à l'inflammation du rectum.

Sur les 21 cas restants, 5 sont dus à la pédérastie et 16, dans lesquels rentrent ceux observés par M. Gosselin, paraissent avoir leur principe dans la syphilis.

C. *Rétrécissements situés à 6 centimètres de l'anus.*

1 *cas,* chute du rectum.
1 *cas,* suite de fracture du coccyx.
1 *cas,* de rétention stercorale.

D. *Rétrécissements entre 6 et 9 centimètres au-dessus de l'anus.*

2 fois la maladie s'est produite par l'introduction d'un corps étranger dans le rectum : dans l'une des observations, il y a eu pé-

dérastie ; dans l'autre, la nature du corps étranger n'est pas déterminée; il y a eu pédérastie probable. Cette dernière observation est relatée dans l'ouvrage de M. Costallat.

2 fois la cause n'est pas mentionnée.

1, abcès du bassin.

2, dysenterie.

E. *Rétrécissements à 9 centimètres de l'anus.*

2 fois il y a eu syphilis.

1 fois inflammation intestinale.

1, cause non rapportée.

F. *Rétrécissements au-dessus de* 0,09 *de l'anus.*

1 *cas*, exsudation fibro-plastique autour du rectum ayant donné lieu à un rétrécissement ; cette exsudation est due à la tranformation fibreuse de l'utérus (Broca, *Bulletins de la Société anatomique*, 1852).

2 *cas*, dysenterie. Ces deux rétrécissements existent sur le même sujet ; un troisième se trouvait à 5 centimètres et demi.

1 *cas*, chute du rectum et rectite chronique.

1 *cas*, rétention stercorale, suites de couches, refroidissement.

G. *Rétrécissements à la jonction du colon avec le rectum.*

1 *cas*, abcès du bassin.

2 *cas*, cause non rapportée.

Ainsi : 1° les rétrécissements du rectum dus à la rectite, occasionnée soit par des causes générales, soit par la constipation, soit par la diarrhée, par la dysenterie, produisent des coarctations qui n'ont pas de siége déterminé ;

2° Les phlegmasies iliaques tendent à produire des rétrécissements vers la moitié supérieure ;

3° L'inflammation du tissu cellulaire péri-rectal et des organes situés au-dessous du péritoine les font au contraire naître vers la partie inférieure ;

4° Les opérations chirurgicales aboutissent au même résultat ;

5° La pédérastie, la syphilis, donnent lieu à des rétrécissements qui ne dépassent pas en général la hauteur de 6 centimètres; cette loi souffre bien peu d'exceptions.

ÉTENDUE ET NOMBRE DES RÉTRÉCISSEMENTS.

Dans les 59 fois où nous avons pu connaître le nombre des rétrécissements, 55 fois il n'y en avait qu'un seul, 4 fois il en existait plusieurs ; on peut donc en conclure que le plus souvent, dans la presque totalité des cas, on n'observe qu'un point coarcté.

Les quatre cas où le rétrécissement a été multiple sont ainsi partagés :

1 *cas*, dysenterie, 3 rétrécissements.

1 *cas*, suite de cautérisation d'hémorrhoïdes par l'acide nitrique, 2 rétrécissements.

1 *cas*, hémorrhoïdes continuellement turgescentes; plusieurs rétrécissements produits par des brides transversales, dures et inégales.

1 *cas*, rétention volontaire et de longue date des matières stercorales ; refroidissement à la suite de couches.

Mais, dans les 55 cas qui restent, il y a peut-être lieu de tirer quelques conclusions.

3 *cas* de compression du rectum évidente, grossesse, pression d'un pessaire, pression «d'un utérus qui a subi la dégénérescence fibreuse» (Broca). Peut-être y a-t-il eu là aussi un certain changement dans la vitalité des tissus, qui a amené le rétrécissement.

1 *cas* de flux hémorrhoïdal ;

1 d'hémorrhoïdes enflammées;
1 de chute du rectum ;
2 produits par des opérations chirurgicales ;
3 conséquence d'abcès développés autour de l'intestin;
3 suites de dysenterie ;
6 dans lesquels la cause n'est pas mentionnée ;
10 survenus à la suite d'une rectite plus ou moins étendue;
7 pédérastie.
18 les cas de M. Gosselin compris, dus à la syphilis.

Dans ce tableau, nous devons mettre de côté la rectite, à cause de la variété des causes qui lui ont donné naissance; nous ne pouvons guère mettre en cause que la pédérastie et la syphilis, et dire : Ces deux causes donnent lieu seulement à un rétrécissement unique. Sans doute, quand l'intestin est malade dans une grande étendue, qu'il suppure, il tend à se rétrécir dans toute l'étendue de la surface suppurante; mais il y a toujours un point plus coarcté que les autres, et ce point coarcté, ainsi que je l'ai déjà dit, ne dépasse que bien rarement la hauteur de 6 centimètres.

L'étendue du rétrécissement, tantôt peu considérable, peut, d'autres fois, avoir de très-larges limites.

Sur 46 fois où l'étendue des détroits est indiquée, nous voyons qu'on en rencontre depuis 1 millimètre jusqu'à 9 centimètres. Entre ces limites extrêmes, il y a toutes sortes de degrés; mais, en général, on peut avancer que les rétrécissements dans lesquels l'inflammation persiste sont beaucoup plus étendus que ceux dans lesquels elle a disparu, et qui sont alors, la plupart du temps, constitués pour un tissu cicatriciel, comme on le voit à la suite de la dysenterie et des opérations chirurgicales, etc.

FORME DES RÉTRÉCISSEMENTS.

Leur forme est excessivement variable; le plus souvent, la partie rétrécie forme un petit cylindre. M. Gosselin a toujours vu ce cylin-

dre avoir une hauteur de 1 centimètre ; mais il arrive parfois que, dans les rétrécissements dits syphilitiques, le cylindre n'existe pas, et qu'il y a une simple valvule, comme dans l'observation que Bellet a consignée dans sa thèse inaugurale ; d'autres fois, les rétrécissements sont annulaires, diaphragmatiques, ou affectent l'apparence de cloisons perforées à leur centre ; la plupart du temps enfin, ce sont parfois de simples brides transversales et fibreuses qui n'occupent pas entièrement la circonférence du rectum, comme on peut le voir par la lecture de la 28e observation de M. Costallat.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET NATURE DES RÉTRÉCISSEMENTS.

Modifications du calibre du tube intestinal. Il est de règle générale que, lorsqu'un obstacle, de quelque nature qu'il soit, se trouve situé sur le parcours des matières soit solides, soit liquides, dans les organes creux, la portion de canal située au-dessus de l'obstacle augmente de capacité, et que celle qui est au-dessous diminue. Quels que soient les canaux dans lesquels l'obstacle se trouve, il n'y a pas d'exception à cette loi.

Qu'il existe, par exemple, un rétrécissement de l'orifice aortique, le ventricule se dilate et s'hypertrophie; qu'un rétrécissement diminue le canal de l'urèthre, la portion du canal qui est en arrière se dilate d'abord, puis arrive le tour de la vessie; et dans certains cas, enfin, la dilatation causée par la rétention de l'urine amène la dilatation des uretères, des calices, des bassinets, et quelquefois l'inflammation des reins. Les mêmes phénomènes se passent dans le canal digestif. Que l'estomac soit envahi par un cancer au niveau du cardia, bientôt son calibre diminue, et il arrive à n'avoir plus que la grosseur d'un intestin grêle; le reste du tube digestif diminue également; qu'au contraire la tumeur cancéreuse siége au pylore, l'estomac s'amplifie au point d'occuper une place énorme dans la cavité abdominale. Il en est de même quand une hernie est étranglée;

toutefois, pour que la dilatation soit permanente, il est nécessaire que l'obstacle le soit aussi. Nous avons dit que la portion de canal située au-dessous de l'obstacle se rétrécit ; et en effet, qu'on examine l'intestin au-dessous du point où l'on a fait une opération d'anus contre nature ; qu'on considère, dans les cas de fistule urinaire, la portion d'urèthre qui est en avant de la fistule, on verra que toujours les mêmes causes appellent les mêmes effets.

Quand le rectum est rétréci, la portion d'intestin située au-dessus du rétrécissement se dilate plus ou moins, suivant le degré de coarctation ; le plus souvent, le colon seul a subi cette dilatation mécanique ; mais parfois aussi, la distension a vaincu la résistance du sphincter iléo-cœcal ; l'intestin grêle en a subi les effets, et, dans un cas même, l'estomac avait acquis un volume énorme. C'est M. Lebidois, de Caen, qui rapporte ce fait : Le canal intestinal était fortement distendu, l'estomac et l'intestin grêle avaient acquis le volume du bras, l'*S* iliaque du colon remplissait la cavité du bassin ; tout le canal était rempli d'une matière liquide brunâtre et d'une odeur fécale. Il peut donc survenir un véritable engouement stercoral, et, par suite, l'inflammation, l'ulcération, la rupture en un point, de l'intestin engoué ; de là une péritonite violente et les lésions qui la caractérisent. Par contre, la portion de rectum située au-dessous du rétrécissement tend à diminuer de capacité. Cette diminution a bien été notée dans plusieurs des observations, surtout dans celle qui m'a été communiquée par mon ami M. Marcé. J'ai eu aussi l'occasion de l'observer deux fois : une fois chez la femme Schneider, une autre fois chez la femme Alibert, dont malheureusement j'ai perdu l'observation. Quelquefois cependant, il semble qu'au lieu d'une diminution de calibre, l'intestin ait conservé sa capacité normale ou même soit dilaté. C'est ainsi que chez l'homme dont parle M. Ancelin, l'intestin au-dessus et au-dessous du rétrécissement était dilaté de sorte qu'il avait l'aspect d'un sablier. Peut-être la hauteur du rétrécissement, qui était situé à l'union du colon avec le rectum, a-t-elle produit ce résultat? L'intestin étant sain au-dessous du

détroit, les excréments, après l'avoir lentement franchi, s'amoncelaient-ils dans l'ampoule et l'ont-ils forcée à se distendre ?

La maladie qu'on désigne sous le nom de rétention stercorale pourrait bien être due quelquefois à des rétrécissements très-élevés.

Modifications des parois du rectum. Les lésions qu'on observe chez les individus affectés de rétrécissements du rectum sont très-variables, suivant que l'inflammation existe encore ou bien qu'elle a disparu depuis un temps plus ou moins long; dans tous les cas, c'est surtout du côté de la muqueuse qu'on remarque les plus profondes altérations. Il arrive cependant que les tuniques de l'intestin participent également à l'inflammation, et que même ce sont les plus externes qui présentent les plus grandes altérations. Ces cas sont rares, et je vais commencer par les indiquer, afin de réunir sous un même chef toutes les autres observations. Dans la note de M. Broca, communiquée à la Société anatomique, une sorte d'exsudation plastique, sous forme de deux traînées, embrassait le rectum en anneau et produisait un rétrécissement valvulaire. Il y avait donc là comme une nouvelle tunique surajoutée aux parois normales. M. Broca pense que la plupart des rétrécissements valvulaires se produisent par un mécanisme semblable ou analogue. Je ne sais si ce chirurgien a souvent rencontré de pareils cas; mais je les crois excessivement rares, et consécutifs seulement à des maladies développées à la périphérie du rectum ou dans son voisinage, comme dans l'observation 23 de M. Costallat. Dans deux des observations de Duchadoz, le rectum, épaissi et enflammé, l'avait été consécutivement à des abcès développés dans le bassin. Il est a regretter que le malade qui fait le sujet de la 21e observation n'ait pas été autopsié.

L'inflammation étant le principe des rétrécissements qui nous occupent, le progrès et la nature de la maladie, la formation des rétré-

cissements fibreux, des indurations de l'intestin, se comprennent facilement. Peu importe, en effet, l'étendue des tissus malades, l'inflammation appelle la production d'éléments plastiques qui se déposent soit entre les membranes du rectum, soit dans l'épaisseur de ces membranes ou bien à leur surface. Quand l'inflammation est diffuse, ces produits, organisés sur une grande étendue, constituent des rétrécissements plus ou moins étendus; quand elle est circonscrite, limitée, ils donnent lieu à des coarctations d'une épaisseur peu considérable.

Quand, portée à un degré plus intense, l'inflammation devient suppurative, on peut voir souvent des végétations, de petites tumeurs fibro-plastiques se développer sur la muqueuse, continuellement baignée par le muco-pus intestinal. En même temps que la suppuration se montre, les épanchements plastiques se manifestent aussi; ce fait est incontestable; de sorte qu'en même temps on rencontre l'ulcération et l'épaississement des tissus composant l'intestin. La syphilis, à laquelle on a voulu faire jouer un si grand rôle dans la production des rétrécissements, et surtout des végétations et des tumeurs fibro-plastiques chez les individus qui ont des symptômes vénériens, ne me paraît pas jouer d'autre rôle que celui de cause capable de produire de l'inflammation, quoiqu'on ait vu, quand j'ai traité de l'étiologie, que j'étais assez peu disposé à lui faire jouer un grand rôle; mais à plus forte raison ne dois-je pas la considérer comme tenant sous sa dépendance immédiate les lésions qu'on remarque dans le rectum. Je le dis hautement, les rétrécissements syphilitiques des pathologistes ne sont point des accidents diathésiques, et encore bien moins les lésions qu'on observe au-dessus et au-dessous du rétrécissement. Pour rendre mon idée plus palpable, je choisirai un exemple. Un individu est scrofuleux; il a eu les ganglions lymphatiques très-engorgés; quelques-uns ont suppuré et ont donné lieu à ces affreuses cicatrices que tout le monde connaît. Après un temps plus ou moins long, et sans cause aucune, il est pris d'une arthrite, du genou, je suppose. L'articulation se gonfle, de-

vient rouge, suppure; le malade meurt. A l'autopsie, on trouve des fistules, du pus, des épanchements plastiques dans les tissus péri-articulaires, des fongosités qui ne sont rien autre chose que du tissu fibro-plastique sur la synoviale. Dira-t-on que ce pus, ces épanchements, ces végétations, ces condylomes de la synoviale, sont des accidents diathésiques? Non certainement, mille fois non; l'articulation a été modifiée d'une certaine manière par la maladie générale, mais la manifestation qui s'est produite alors n'est pas diathésique, ce sont des accidents purement inflammatoires qu'un traitement général ne modifiera point, ou du moins qu'il modifiera dans des limites dont je n'ai point à m'occuper ici. Un individu pris de blennorrhagie a une arthrite : certes, le médecin n'ira pas tout simplement lui donner du copahu, des injections, il traitera la maladie locale.

L'arthrite a pu se produire sous l'influence de la chaudepisse; mais, aussitôt qu'elle se manifeste, elle en est indépendante et constitue une maladie spéciale, distincte. Pour moi, les rétrécissements du rectum, les végétations, les ulcérations qui les accompagnent, sont dans le même cas que le scrofuleux que je citais tout à l'heure.

Enfin l'inflammation du rectum peut être, dans quelques circonstances, ulcéreuse, comme dans la dysenterie; alors, quand elle a perdu son mode d'action primitif, on la voit déposer à la surface de la plaie des produits plastiques, et la perte de substance se répare d'après le mode que nous connaissons, pour donner lieu à un tissu de cicatrice, c'est-à-dire au tissu fibreux.

D'après ce qui précède, on comprend et prévoit les altérations que l'on peut rencontrer dans les rétrécissements du rectum. Ces altérations sont très-diverses suivant que l'inflammation occupe encore l'intestin ou suivant qu'elle a disparu.

Dans ce dernier cas, les tuniques intestinales, ou seulement la muqueuse, au niveau du rétrécissement, sont transformées en tissu fibreux, qui se présente, comme nous l'avons dit, sous forme de dia-

phragmes, de brides, de valvules; d'autres fois, toute trace d'inflammation ayant disparu, le rétrécissement occupe une assez large étendue; il semble alors que le derme muqueux ait été fortifié par de nouvelles fibres, et le tissu cellulaire sous-jacent est induré par le dépôt plastique qui s'est fait entre ses mailles.

Je reviendrai bientôt sur la modification de la tunique musculaire.

Voyons maintenant l'état de l'intestin dans le cas d'une inflammation présente.

L'inflammation peut être aiguë ou chronique : quand elle est aiguë, le rectum présente des altérations analogues à celles des autres organes également affectés : ainsi la muqueuse est rouge, épaissie, turgescente, suppurée, ulcérée; quand, au contraire, elle est chronique, les lésions sont plus complexes et demandent à être étudiées avec plus de détail. J'aurai occasion bien souvent, en les décrivant, d'emprunter au travail de mon cher maître, M. Gosselin; les observations que j'ai réunies sont tellement analogues aux faits qu'il a observés, que je transcrirai presque textuellement. Cependant il ne faut pas croire que ces altérations n'étaient pas connues d'ancienne date.

Laissons d'abord parler Morgagni dans sa 32e lettre, dans laquelle il traite du serrement de ventre et des hémorrhoïdes.

Après avoir rappelé quelques faits de rétrécissement du rectum, il écrit : Je me souviens que j'accompagnai Valsalva lorsqu'il fut appelé à Faenza auprès d'un grand personnage chez lequel les mêmes symptômes démontraient l'existence de la même maladie, ou du moins d'une affection qui en approchait beaucoup. Il me disait qu'il l'avait aussi observé chez d'autres sujets qu'il avait également disséqués, à ce que je crois, car je n'ai rien vu de semblable dans la description de ses dissections, et je n'en ai trouvé d'autres notes que ce qui appartient à deux malades qu'il vit quelques années après, comme le prouvent les conseils écrits pour eux. Il reporte sur l'un et sur l'autre la difficulté et la douleur qu'ils éprouvaient

en évacuant, à des *glandes* épaissies dans l'intestin rectum et ulcérées en partie, et il écrit qu'on sentait sur l'un, à trois doigts environ au-dessus de la partie basse de l'anus, une tumeur formant une saillie circulaire comme un anneau.

Vers la fin de l'année 1704, il fit l'autopsie d'une femme morte à l'hôpital des Incurables de Bologne. L'autopsie est racontée en ces termes : « En examinant moi-même l'intestin incisé en long et déployé, je le trouvai dans l'état suivant. A six ou sept travers de doigt au-dessus de l'anus, il commençait à devenir plus dur et plus épais, et à présenter de toutes parts dans son intérieur des proéminences par des corps serrés de la forme et du volume de très-grosses fèves. Ces corps étaient tous d'une surface polie et d'une substance solide et compacte. La dureté et l'épaisseur de l'intestin, et la masse de ces corps qui ne ressemblent à rien tant qu'à des glandes conglobées, même par leur couleur, augmentaient d'autant plus qu'on descendait davantage; deux excroissances se trouvaient suspendues à l'extrémité même de l'anus, autour duquel la peau était légèrement ulcérée.

Desault, plus tard, fit mention des mêmes altérations; il désigne les tumeurs sous le nom de tubercules, qui, dit-il, s'ulcèrent, prennent un caractère cancéreux, et sont très-douloureux; il fait mention aussi des fistules recto-vaginales qui se montrent dans les rétrécissements. »

M. Pinault a bien observé aussi les lésions qui existent dans ces cas : « Le cancer du rectum, dit-il, se présente quelquefois sous forme de végétations qui sont presque toujours la suite de chancres, d'excroissances syphilitiques dégénérées ou d'hémorrhoïdes ulcérées. Ces végétations se manifestent le plus souvent sur le pourtour de l'anus, s'étendent plus ou moins loin sur la peau voisine, et remontent dans le rectum à des hauteurs variables; leur surface est ulcérée, rougeâtre; il en suinte continuellement un liquide ichoreux, très-fétide; elles saignent quand on les touche ou qu'elles sont

froissées par le contact des matières fécales. » Cette description est parfaite et surtout très-vraie.

« D'autres fois, ajoute M. Pinault, il y a des ulcérations à bords durs et renversés, et constitués par une hypertrophie de la muqueuse et du tissu subjacent (obs. de M. Leudet; v. les *Bulletins de la Soc. anat.*); le fond repose sur le tissu cellulaire plus ou moins altéré, tantôt déprimé et grisâtre, tantôt saignant, bourgeonnant. » M. Pinault parle aussi de l'état de la muqueuse au-dessus des rétrécissements, quand il dit que, le plus souvent, les tumeurs que Morgagni prenait pour des glandes, et que M. Andral, dans son article du Dictionnaire en 21 vol., regarde comme dues à l'hypertrophie du tissu sous-muqueux, remontent jusqu'à 2 ou 3 pouces, car, dans ses observations, le rétrécissement n'atteignait pas une hauteur aussi considérable. — Ainsi les documents pathologiques ne manquent pas; Morgagni et son maître Valsalva avaient bien constaté ces lésions; Desault et ses élèves les avaient observées; M. Pinault les a bien décrites; mais ils les ont confondues avec celles qu'on observe dans d'autres maladies du rectum; à M. Gosselin revient l'honneur d'avoir le premier bien observé les particularités pathologiques des rétrécissements inflammatoires du rectum; seulement, à mon avis, il a eu tort de les donner comme caractéristiques des rétrécissements syphilitiques, car elles se sont montrées chez diverses malades qui n'avaient pas eu la syphilis, ou du moins chez lesquels cette maladie ne pouvait être invoquée comme cause efficiente. Je citerai, à cette occasion, la femme Schneider, la 29e obs. de M. Costallat, etc.

Quoi qu'il en soit, les lésions doivent être considérées à l'anus, au-dessous du rétrécissement, au-dessus du rétrécissement.

1° Du côté de l'anus, on trouve assez habituellement les condylomes qui se forment sous la région anale consécutivement aux maladies vénériennes, mais qui n'en sont pas toujours la conséquence, attendu que des tumeurs analogues se montrent parfois à la suite d'hémorrhoïdes.

2° Au-dessous du rétrécissement, la muqueuse est rouge, couverte de pus ou de mucus sanguinolent; çà et là, elle est boursouflée, et forme des saillies mamelonnées, de grosseur variable : elles sont, dans certains cas, très-nombreuses, et rendent la surface de la muqueuse bosselée et inégale. On peut aussi rencontrer les cicatrices consécutives à des ulcérations.

Au-dessus de cette portion de la muqueuse, se trouve le rétrécissement proprement dit, formé d'un tissu dur, inextensible, au niveau duquel le calibre de l'intestin est notablement diminué. M. Gosselin avance que sur le vivant, le petit doigt peut y passer, surtout en forçant un peu; la lecture des observations ne permet pas d'admettre sans conteste ce caractère, car Copland parle d'une femme syphilitique dont le rétrécissement pouvait à peine admettre une très-petite bougie, et certes, dans ce cas, on eût bien pu songer à créer un anus artificiel : la femme Sarriou, dont l'histoire est rapportée dans la thèse de Bellet, portait un rétrécissement qui pouvait à peine admettre une sonde.

La structure du rétrécissement, dit M. Gosselin, est fibreuse; j'ai eu, dit-il, quelque peine à déterminer si le tissu fibreux inextensible qui formait le contour de l'obstacle était cicatriciel ou s'il était formé par la muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux épaissis. Je n'ai pu, il est vrai, séparer la muqueuse des couches sous-jacentes avec le scalpel, mais ce n'est pas une raison pour conclure que cette membrane n'existait plus et était remplacée par une cicatrice; il suffit en effet que le derme soit épaissi et que son tissu cellulaire sous-jacent soit condensé, pour que la séparation de la membrane soit devenue impossible.

Au-dessus du rétrécissement, la membrane interne de l'intestin présente une injection capillaire très-prononcée, et de plus, une érosion fort étendue de la muqueuse. M. Gosselin m'a montré deux dessins dans lesquels cette lésion est très-bien accusée; mon collègue M. Henry m'a montré une pièce anatomique exactement semblable à celles de M. Gosselin. La même chose existait sur le rectum de la

femme Dosemon (23e obs. de Costallat), mais la maladie s'était montrée dans des circonstances tout à fait différentes. Les ulcérations de l'intestin au-dessus ou au-dessous du rétrécissement ne sont pas rares, ainsi qu'on peut le voir en lisant les observations que j'ai recueillies; mais, jusqu'à présent, personne, à l'exception de M. Gosselin, n'a signalé cette vaste exulcération, dont la limite est si parfaitement tranchée à 7 ou 8 centimètres au-dessus du rétrécissement.

Quant à la couche celluleuse, elle est d'habitude épaissie, et la couche musculeuse est presque toujours hypertrophiée. Sur la pièce que M. Marcé a présentée à la Société anatomique, la tunique charnue avait acquis une épaisseur très-considérable ; elle n'est pas ordinairement indurée ni inextensible.

Lésions concomitantes.

Les rétrécissements du rectum peuvent produire des désordres plus ou moins graves, comme ils peuvent être la conséquence de diverses maladies des organes circonvoisins ; ainsi on en a vu être la conséquence de phlegmons iliaques, de maladies utérines, d'hémorrhoïdes, comme de même ils deviennent assez souvent cause d'abcès, et de fistules périnéales ou recto-vaginales et recto-vulvaires.

Pour terminer l'anatomie pathologique des rétrécissements du rectum, je rappellerai que les rétrécissements dits syphilitiques peuvent présenter des lésions qui ne se sont pas présentées à l'observation de M. Gosselin. Mon malheureux ami Provent a présenté à la Société anatomique les organes génitaux et le rectum d'une femme morte l'année dernière dans le service de M. Laugier. Cette femme avait eu la syphilis, puis une fistule recto-vulvaire avec un rétrécissement. Dans la portion sphinctérienne du rectum, il existait les altérations si bien décrites par M. Gosselin ; puis au-dessus le rétrécissement, et enfin à 8 centimètres environ de l'anus, une tumeur fibro-plastique, qui se continuait, sans ligne de démarcation fixe, avec les tuniques hypertrophiées de la portion la plus inférieure

de l'intestin. Elle avait de 6 à 8 centimètres de hauteur, et était placée en arrière du rectum, dont la muqueuse à cet endroit présentait les mêmes caractères que ceux de la portion sphinctérienne, à l'exception que les bosselures étaient moins considérables ; il n'y avait pas de limites bien tranchées entre la muqueuse phlogosée et celle qui ne l'était pas. MM. Houël et Broca pensèrent que c'était là un exemple de rétrécissement par une tumeur fibro-plastique qui avait envahi les tuniques intestinales, et M. Broca, à ce sujet, rapporta un fait semblable d'une tumeur fibro-plastique comprimant le rectum et faisant corps avec lui; la malade n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques. La pièce présentée par M. Provent est, à mon avis, analogue à celles de M. Gosselin : que le rétrécissement ait eu ou non son point de départ dans la syphilis, il est raisonnable de croire que la tumeur est la conséquence de l'inflammation, et qu'elle a été causée par la rectite chronique qui depuis cinq ans faisait souffrir la malade.

SYMPTÔMES ET MARCHE DE LA MALADIE.

Les symptômes qui annoncent un rétrécissement du rectum doivent être distingués en ceux qui portent leur action sur l'économie toute entière, et en ceux qui se montrent dans la région malade, par conséquent en symptômes généraux et en symptômes locaux.

J'aurai peu de choses à en dire, n'ayant observé que ceux que les auteurs ont indiqué.

Symptômes locaux. — Le plus souvent, le rétrécissement du rectum se manifeste d'une manière lente et insidieuse ; les malades présentent depuis un temps très-long une constipation opiniâtre; ils sont deux, quatre, six jours, et quelquefois plus longtemps, sans aller à la selle ; ils s'aperçoivent que les fèces diminuent de volume

graduellement, et ils s'habituent à l'usage presque journalier des purgatifs et des lavements. D'autres fois cependant, mais ces cas sont plus rares, la formation du rétrécissement est plus rapide, et pour ainsi dire aiguë; des signes de rectite se montrent ; chez d'autres enfin, la formation d'un rétrécissement se montre par de l'ardeur à l'anus, par du ténesme.

Quoi qu'il en soit, lorsque la constipation a duré un certain temps, la diarrhée survient, une sorte de débâcle arrive, et le malade, pendant quelques jours, éprouve un grand soulagement, jusqu'à ce que les excréments se soient accumulés de nouveau dans la portion d'intestin située au-dessus de la coarctation. Alors celui-ci se dilate de nouveau, la constipation revient plus intense; on peut sentir, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur facilement appréciable au toucher, dure et inégale; parfois les inégalités de la tumeur acquièrent une consistance pierreuse, tandis que d'autres fois elle a une consistance simplement pâteuse. La quantité des fèces est peu considérable, eu égard au temps nécessaire pour les évacuer. Leur calibre diminue d'une manière progressive, et il peut arriver qu'elles ressemblent à des lombrics; leur forme est tantôt cylindrique, tantôt rubanée, tantôt olivaire. Les lavements sont difficiles à administrer, ils pénètrent parfois très-difficilement, et les malades ne peuvent les garder.

Lorsque les matières se sont accumulées au-dessus du rétrécissement, elles irritent l'intestin, qui alors sécrète du mucus en quantité assez abondante; ce mucus est filant, glaireux, opaque, et ressemble à celui qu'on observe sur le col utérin, dans les cas de catarrhe intense; il traverse le rétrécissement, s'accumule au-dessous de lui, et ne tarde pas à provoquer un grand besoin de garde-robe, et c'est à peine si les malades ont le temps de se présenter sur le vase. Ces faux besoins se renouvellent très-fréquemment, et à chaque fois une petite quantité de matière, sous l'influence de violents efforts, parvient à franchir le détroit et est enfin expulsée ; mais ce n'est qu'au prix d'efforts extraordinaires que le boudin fécal se moule sur le

rétrécissement. A chaque selle, il y a des douleurs parfois atroces, qui partent de la région lombaire et s'irradient vers le coccyx. Aussi voit-on se produire des hémoptysies, des hernies. Pendant la selle, et sous l'influence des efforts du malade, on voit la face se congestionner et devenir vultueuse ; l'individu pousse quelquefois des cris, puis, après l'expulsion, il existe un sentiment de bien-être, et, chez quelques malades, un tremblement nerveux qui dure pendant assez longtemps. Sur une femme dont j'ai rapporté l'observation, les choses se passaient ainsi, et souvent même les selles étaient suivies de syncope. Aussi les malades redoutent-ils le moment fatal, et, pour s'y soustraire, beaucoup ne prennent d'aliments que juste ce qui leur en faut pour ne pas mourir de faim. Dans certains cas, quand la rétention stercorale est très-grande, on voit se développer des signes d'étranglement comme dans les hernies ; le ventre se météorise, devient douloureux à la pression ; il y a des nausées, des vomissements ; enfin il peut se produire une rupture, de là une péritonite le plus souvent mortelle. Il n'est du reste pas nécessaire que la rétention soit complète pour que la plupart des accidents que je viens d'énumérer se produisent.

Au bout d'un certain temps, la constipation cesse, la diarrhée survient, le ventre s'affaisse ; souvent, prodrome initial ; elle persiste pendant toute la durée de la maladie ; ces cas sont les plus graves, et ils dépendent d'une altération profonde de l'intestin, et en particulier de sa suppuration.

L'écoulement anal qu'on observe si fréquemment est de diverses natures : tantôt c'est du mucus, dont la quantité est toujours abondante ; tantôt c'est du muco-pus, tantôt enfin du pus véritable, dont la quantité est proportionnée à l'étendue des surfaces ulcérées de l'intestin ; d'autres fois enfin, ces différents liquides et les excréments sont tachés de sang, ou même ce liquide sort presque pur.

Ainsi les accidents locaux du rétrécissement rectal sont la diarrhée, la constipation, et les différents liquides exhalés à la surface du canal intestinal. L'anus présente aussi quelques particularités :

tantôt relâché et comme paralysé, il est d'autres fois convulsivement contracté et se déchire lors du passage des matières expulsées.

Symptômes généraux. — Parfois le rétrécissement du rectum ne paraît pas avoir de retentissement sur l'organisme ; d'autres fois au contraire l'état général est gravement compromis. Chez quelques-uns des malades que j'ai observés, la santé paraissait excellente; la face était colorée, il n'y avait pas d'amaigrissement, toutes les fonctions, en un mot, s'exécutaient à merveille. Mais chez d'autres, la réaction était grave ; on observe alors que les individus maigrissent, deviennent pâles et anémiques; les femmes surtout tombent dans un état nerveux très-prononcé : elles sont tristes, portées vers la solitude et l'isolement, un rien les agace; il y a des signes évidents d'hypochondrie; en même temps, les fonctions digestives deviennent paresseuses, la langue est blanche et saburrale, la bouche amère et pâteuse; enfin un peu de fièvre se montre vers le soir; le pouls, petit, mou, concentré, offre de loin en loin quelques intermittences, comme dans les affections abdominales; la peau est sèche, terreuse, et prend une teinte jaune, indice d'une affection organique grave. La menstruation est ordinairement troublée et devient très-irrégulière, quelquefois pervertie; l'excrétion urinaire est modifiée, et l'irritation sympathique de la vessie amène de la dysurie, de faux besoins.

COMPLICATIONS.

Les symptômes des rétrécissements du rectum peuvent encore être modifiés par certains états morbides. Ainsi j'ai dit qu'ils survenaient quelquefois à la suite d'abcès des fosses iliaques et de phlegmons du bassin; on conçoit qu'alors la maladie emprunte sa gravité dans les phlegmasies qui la font naître. Le rétrécissement, tant grave qu'il soit, à cause de la rétention stercorale qu'il peut amener, le devient

encore bien plus quand la muqueuse est excoriée, ulcérée, au-dessus et au-dessous de lui. C'est alors qu'on voit ces écoulements purulents qui jettent le malade dans l'état cachetique, et qui compromettent si gravement la vie. Alors se développent autour de l'anus et sur la muqueuse ces ulcérations, ces fissures douloureuses qui font le désespoir du médecin; alors se produisent des abcès des fosses ischio-rectales, des abcès du pourtour de l'anus, des fistules périnéales et recto-vaginales, qu'il est impossible de guérir, et qui viennent ajouter leur incommodité à l'infirmité déjà si grande du rétrécissement intestinal. Des hémorrhoïdes compliquent souvent aussi la maladie, qu'elles soient causes ou effets du rétrécissement; enfin l'esthiomène de la vulve coïncide quelquefois aussi avec la maladie intestinale, comme l'a mentionné M. Huguier.

DURÉE ET TERMINAISONS.

La durée de la maladie est très-variable; quelquefois elle parcourt ses périodes dans un très-bref délai, et frappe pour ainsi dire les malades sans se faire avertir. Mais quand cela arrive, ce n'est pas le rétrécissement qui constitue la lésion principale. De graves perturbations existent en même temps, et le rétrécissement n'est pour ainsi dire qu'un symptôme intercurrent. Ainsi des individus sont morts avec des coarctations qui n'ont demandé que quelques semaines et même quelques jours à se former; d'autres ont guéri de la maladie principale et ont conservé le rétrécissement.

Toutefois, dans la grande majorité des cas, la durée de la maladie est longue, car les inconvénients qui en résultent ne sont pas assez sérieux pour engager les malades à consulter les hommes de l'art, et quand ils le font, le médecin, en général, néglige d'explorer le rectum, ou en est empêché par la répugnance et l'obstination des malades. La maladie peut remonter à de longues années, six, huit, douze ans, par exemple. Les symptômes que nous avons énumérés

deviennent de plus en plus sérieux, et enfin il arrive un moment où ils prennent une telle intensité, qu'ils emporteraient le malade si une intelligence médicale ne venait à s'y opposer.

Quand le rétrécissement rectal reconnaît pour cause une maladie aiguë, développée dans le voisinage du canal, elle se termine assez promptement, à moins cependant que la muqueuse ne soit ulcérée. Tanchou en rapporte quelques cas. La terminaison a lieu soit par la guérison, soit par la mort, ou bien encore par la persistance de l'infirmité. Mais, quand l'intestin a été ulcéré, suppuré, soit que l'ulcération ou la suppuration persistent, soit que la cicatrisation s'opère, la coarctation ne guérit jamais, quoi qu'on fasse ; car, qu'il y ait un tissu cicatriciel, ou bien des surfaces en suppuration, l'intestin a une fatale tendance à toujours revenir sur lui-même ; peut-être cependant, quand le rétrécissement est fibreux, la guérison peut-elle s'obtenir, mais c'est au bout d'un traitement qui doit durer plusieurs années ; et quand je parle de guérison, je veux dire un état compatible avec la santé et non pas une cure radicale : on ne guérit pas plus les rétrécissements du rectum que ceux de l'urèthre ; le malade est toujours sous l'influence d'une réminiscence morbide qui peut faire explosion à la moindre cause. Quand au contraire il y a des ulcérations, on peut dire que la maladie est incurable, et que les moyens employés contre elle sont seulement palliatifs, surtout quand les ulcérations sont placées au-dessus du rétrécissement, entretenues comme elles le sont par la présence du pus et des fèces qui s'accumulent au-dessus du point coarcté.

PRONOSTIC.

Les considérations que je viens de présenter sur la marche, la durée et la terminaison des rétrécissements du rectum me dispensent d'entrer dans de longs détails sur le pronostic.

Traités de bonne heure, quand le rétrécissement commence à se

former, quand la maladie a pour ainsi dire une marche aiguë, les rétrécissements peuvent être guéris, et l'induration des tuniques intestinales se dissiper en partie. Dans tous les cas, comme le dit Ancelin, cette maladie a cela de fâcheux qu'elle ne produit d'accidents assez graves pour la faire reconnaître que lorsqu'elle a fait tant de progrès qu'elle est devenue presque incurable.

Malheureusement, en effet, le pronostic porté par Ancelin est l'expression de la vérité : le rétrécissement a toujours de la tendance à devenir plus serré, et tend sans cesse vers l'oblitération. En consultant les observations, on voit que chez certains malades, il n'existe qu'une coarctation légère, ou même un peu d'épaississement de la muqueuse ; tandis que chez d'autres, le resserrement est porté à un tel point que le détroit peut à peine admettre un tuyau de plume, l'extrémité d'une sonde cannelée. Le traitement est donc le plus souvent palliatif, et ne s'adresse guère qu'à la gêne de la circulation stercorale. Il est vrai de dire que de là seulement, le rétrécissement emprunte toute sa gravité.

On pourrait peut-être ranger en plusieurs classes les rétrécissements du rectum.

1° *Rectite ; inflammation diffuse, avec induration, épaississement de la muqueuse, ou concentration de l'inflammation sur un point de la muqueuse, surtout datant de peu de temps.*

Pronostic favorable.

2° *Rétrécissements fibreux, valvulaires, diaphramatiques, avec un état sain de l'intestin au-dessus du rétrécissement.*

Pronostic favorable, sous condition d'un traitement presque continuel, ou du moins repris à des intervalles de temps plus ou moins éloignés.

3° *Rétrécissements avec ulcérations de la muqueuse, soit au-dessus, soit au-dessous du point coarcté, ou sur ces deux endroits à la fois.*

Pronostic grave, à cause du retentissement de la maladie sur la santé générale. C'est en effet dans ces cas que les malades tombent dans le marasme et l'hypochondrie ; que les grandes fonctions de la nutrition et de la circulation sont perturbées ; que la fièvre hectique s'empare du malade et le conduit souvent à la tombe.

DIAGNOSTIC.

Les signes diagnostiques du rétrécissement du rectum doivent être distingués en signes rationnels et en signes sensibles. Les signes rationnels, quelques-uns d'entre eux, du moins, fournissent des présomptions qui donnent une quasi-certitude ; mais, pour arriver à une certitude complète, il est de toute nécessité de recourir aux signes sensibles et surtout au toucher.

A. *Signes rationnels.*

Constipation. Elle est de peu de valeur, car une foule d'états morbides peuvent lui donner naissance. On la rencontre dans beaucoup de maladies anciennes du tube digestif, comme dans le cancer de l'estomac, les maladies chroniques de l'œsophage, dans certaines affections du foie, etc. ; dans les névroses, telles que l'hypochondrie, la paralysie générale ; dans certains états du poumon, comme la phthisie, où on la voit si souvent alterner avec la diarrhée ; dans la chlorose, la gastralgie. Enfin elle est souvent le résultat de l'âge, du tempérament, des habitudes de vie des malades. D'autres fois elle tient à l'atonie, à la paralysie des muscles intestinaux ; chez la femme, en outre, la constipation est, on peut le dire, un état tout à fait normal.

Tumeur dans la fosse iliaque gauche. Ce signe a peut-être une plus grande valeur. Il est toujours facile de reconnaître une accumulation stercorale dans l'*S* iliaque par la forme marronnée des fèces; on peut aussi souvent sentir les gaz se déplacer à la pression. Une tumeur de cette nature indique toujours une rétention des excréments produite par la compression d'une tumeur, d'une inflammation des tissus environnants, ou du colon lui-même, ou bien une atonie de l'intestin, ou bien enfin un rétrécissement du rectum par quelque cause qu'il soit produit.

Rétention des gaz. La rétention des gaz est produite par la rétention stercorale idiopathique; et quand je dis idiopathique, je veux parler de la faiblesse ou de la paralysie de l'intestin; ou bien elle est la conséquence d'un obstacle au libre cours des matières fécales. C'est alors qu'on voit se manifester le ballonnement du ventre, la tympanite intestinale.

Difficulté d'aller à la selle. Ce symptôme mérite l'attention du médecin. Ainsi quand on voit un individu habituellement constipé faire de violents efforts pour expulser les matières, de deux choses l'une, ou il y a constipation produite par une maladie dont les effets sont répercutés sur le tube intestinal, ou bien il existe chez lui une maladie du rectum.

Calibre des matières expulsées. Quand un malade constipé depuis longtemps, et faisant de violents efforts pour aller à la garde-robe, rend des excréments d'un calibre moindre que d'habitude, et que la quantité des fèces expulsées est peu considérable eu égard au temps nécessité pour l'expulsion; quand le résidu a une forme aplatie, rubanée, cylindrique, mais de petit calibre; quand les matières sont grosses comme le petit doigt, et, à plus forte raison, quand elles ressemblent à des vers, à des ficelles, on doit soupçonner une

diminution de capacité du rectum. Quelle est le genre d'altération? C'est ce qu'on ne peut affirmer positivement.

Diarrhée. Quand elle existe seule, elle n'a aucune valeur; elle ne peut, en aucune façon, attirer des investigations sérieuses vers le rectum, tant elle se montre dans les maladies diverses.

Lorsque d'autres symptômes, tels que du ténesme, l'ardeur et le prurit du fondement, la constriction ou le relâchement du sphincter anal, se montrent, on peut bien croire à une inflammation anale ou des tissus périphériques; mais rien n'indique un rétrécissement. Mais, s'il y a des alternatives de constipation et de diarrhée; si, après huit, dix jours que le malade a traversés sans aller à la selle, et présentant des tumeurs marronnées dans le flanc gauche, il survient tout à coup une débâcle, on peut bien croire à un obstacle. Cette débâcle peut s'expliquer par une irritation, une subinflammation due à la stase stercorale; mais cependant il n'y a là encore rien de positif.

Écoulements par l'anus. Nous avons dit que les écoulements peuvent être sanguins, muco-purulents et purulents. Considérés seuls, ils n'ont qu'une minime importance : une inflammation chronique de l'intestin, une ulcération de la muqueuse, des hémorrhoïdes, une fistule à l'anus, etc., les produisent; mais, quand ils se montrent avec une diminution notable du volume des excréments, on peut diagnostiquer : obstacle à la circulation rectale avec ulcération ou hémorrhoïdes, et par hémorrhoïdes, j'entends non pas tout simplement la dilatation variqueuse des veines, mais bien l'écoulement sanguin, en prenant le mot dans sa plus large acception.

Douleurs. Lorsqu'un rétrécissement du rectum est actuellement inflammatoire, des douleurs lombaires, tantôt continues, tantôt intermittentes et lancinantes, se font sentir. Pendant la défécation, elles sont portées à un tel point que les malades peuvent tomber

en syncope et pris à la suite d'un tremblement nerveux fort intense. Ces douleurs lombaires, qui s'irradient vers le sacrum et viennent mourir à l'anus, sont pour moi un indice assuré d'une grave altération, surtout quand elles persistent depuis longtemps. Quand elles sont liées aux symptômes dont j'ai déjà parlé, on peut affirmer qu'il existe un obstacle.

État général. En traçant la marche de la maladie, nous avons vu que parfois tout l'organisme entier était douloureusement ébranlé; l'individu maigrit, la face devient ridée, la peau jaune et terreuse; la digestion s'altère, la circulation se modifie; il y a de la fièvre hectique, etc.; le malade devient cachectique. Cette cachexie emporte avec elle l'idée d'une affection fort grave; cependant, quand elle se montre, on ne peut pas dire qu'il y ait un cancer du rectum. J'aurai occasion d'y revenir tout à l'heure quand j'aurai parlé des signes sensibles des rétrécissements.

B. *Signes sensibles.*

L'examen direct est de toute nécessité pour donner de la valeur aux symptômes que je viens de passer en revue; lui seul donne la certitude. L'examen direct comprend une série de moyens qui sont, par ordre d'importance : les injections, les sondes, le spéculum, et le toucher.

Des injections. Ce moyen, dont la valeur est la moindre, est employé quand le rétrécissement est élevé; mais, dans ce cas, la portion de rectum placée au-dessous de l'obstacle peut se dilater par suite d'une rétention stercorale et admettre une certaine quantité de liquide quand l'intestin aura été vidé. Le toucher donnera la mesure de la capacité de l'ampoule, si alors on constate le reflux après avoir poussé une certaine quantité de liquide. On peut à coup sûr établir

qu'un obstacle existe, sans pouvoir dire toutefois quelle est sa nature.

Sondes et bougies. On les emploie quand le rétrécissement est élevé ou quand le doigt ne peut atteindre aux limites du mal; on se sert pour cela de sondes œsophagiennes ou de sondes urinaires. S'il existe un obstacle, la main sent de la résistance, et, en continuant de l'introduire comme pour forcer le passage, la sonde se courbe, et, quand on l'abandonne à elle-même, elle se dégage de l'anus exactement comme on voit sortir la sonde urinaire dans les coarctations de l'urèthre. Avec les bougies, on a cherché à se rendre compte de l'étendue de la maladie : elles sont de matières molles, et susceptibles pour lors de prendre la forme des rétrécissements; mais, en raison même de cette mollesse, il est bien rare qu'elles conservent la forme qu'elles ont prises dans le rectum, obligées qu'elles sont de franchir de nouveau le sphincter.

En 1839, M. Laugier a proposé un nouveau moyen : une sonde élastique de moyen calibre est munie à son extrémité d'un petit sac de peau de baudruche, pouvant acquérir par l'insufflation 15 à 18 lignes de diamètre; cette extrémité et le petit sac de baudruche traversent facilement le rétrécissement, à cause de la flexibilité de la sonde. Lorsqu'il est dépassé d'environ 2 pouces, on insuffle par l'extrémité libre de la sonde le sac de baudruche et on exerce sur la sonde une traction légère comme pour le retirer; elle est arrêtée dans ce mouvement par le sac de baudruche distendu. On conçoit dès lors que la distance de l'orifice inférieur du rétrécissement à l'anus étant connue et mesurée à l'aide d'une sonde pareillement graduée, la différence de longueur à partir de l'anus entre celui-ci et le rétrécissement d'une part, et de l'autre, le même orifice et le sac de baudruche, sera la longueur du rétrécissement. M. Vidal a aussi proposé, pour atteindre l'obstacle, des sondes rigides à grande courbure.

Spéculum. Il est peu utile dans la recherche du rétrécissement et

ne profite guère que pour montrer la forme, l'aspect du point rétréci et l'état de la muqueuse située au-dessous. On ne peut cependant disconvenir qu'il ne rende quelques services en permettant à l'observateur de voir les lésions qui siégent au-dessous de la coarctation ; mais l'application de cet instrument, difficile et toujours douloureuse, en restreint nécessairement l'emploi : aussi le plus souvent ne s'en sert-on que pour cautériser le rétrécissement.

Toucher rectal. De tous les moyens d'investigation auxquels le chirurgien doit recourir pour diagnostiquer le rétrécissement, c'est certainement celui qui donne les meilleurs résultats. M. Amussat en a parfaitement tracé les règles dans un mémoire inséré dans la *Gazette médicale* (5 janvier 1839) ; mais le doigt ne peut arriver qu'à une certaine hauteur. Le plus souvent il est vrai, pour les rétrécissements dus à l'inflammation, la longueur du doigt est suffisante ; mais il arrive, dans quelques cas, que l'obstacle est hors de la portée du doigt. Le chirurgien dont nous venons de parler donne alors le conseil d'attacher sur l'indicateur un dé en ivoire, de se faire pousser le coude par un aide, et quelquefois même de surajouter au doigt indicateur un doigt en ivoire composé de trois articulations. Quelles que soient ces modifications, l'explorateur, après avoir enduit son doigt d'une matière grasse, le présentera à l'anus, se rendra compte de l'état du sphincter, explorera la muqueuse et constatera si elle est ulcérée, fongueuse, indurée ou saine ; puis, forçant un peu pour vaincre la résistance du muscle anal, il arrivera sur le rétrécissement et se rendra compte de la distance qui le sépare de l'anus. Le plus souvent, ainsi que je l'ai déjà dit, cette distance ne dépasse pas 0,09 cent. : de sorte que c'est dans la portion ampullaire du rectum que les coarctations se montrent le plus souvent, donc dans la portion la plus large de l'intestin, circonstance remarquable, me disait, il y a quelques jours, mon cher maître M. le professeur Malgaigne, et qui paraît tenir à la présence dans cette région sur la muqueuse d'un certain nombre de replis et d'un tissu cellulaire sous-muqueux plus

lâche et partant plus capable de recevoir des dépôts plastiques dans ses mailles. « Du reste, ce n'est pas seulement pour le rectum que le fait existe, a-t-il ajouté, les rétrécissements de l'urèthre se produisent aussi le plus souvent dans les endroits où ce canal est le plus large, et cela par la même raison. » Quand le doigt est arrivé sur le rétrécissement, on en constate la forme ; puis, en poussant encore, si la coarctation n'est pas trop prononcée, on peut s'engager dans le détroit : alors on sent soit une bride tranchante ou bien un anneau qui remonte plus ou moins haut ; on constate l'induration des tuniques intestinales. La muqueuse donne des sensations variables : tantôt dépolie et couverte de végétations assez résistantes, elle est d'autres fois lisse et donne au doigt une sensation toute particulière, analogue à celle qu'on constate quand on touche des callosités sur des muqueuses, et que j'ai comparées, dans plusieurs de mes observations, à celles que donne un velours très-fin. Quand le doigt s'engage dans le rétrécissement, il y a généralement de la douleur ; il est serré plus ou moins fortement par le point coarcté, et ce resserrement est-il peut-être aussi un effet de la douleur éprouvée par le malade ; cela est probable, car sur le cadavre, des rétrécissements inaccessibles pendant la vie donnent facilement passage.

Enfin, après avoir constaté l'étendue du mal, on arrive sur la muqueuse supérieure, dont on cherche aussi à apprécier l'état. A l'aide des modes d'exploration que nous venons de passer en revue, nous avons constaté le siége, la forme et l'étendue du rétrécissement ; mais rien jusqu'alors ne nous indique clairement la nature de l'affection. Quand elle siége dans les parties élevées, qu'elle est circonscrite, il est souvent bien difficile d'arriver à la précision. On diagnostique bien un obstacle au cours des matières ; mais quel est la nature de cet obstacle ? Est-ce une tumeur qui comprime le rectum ou qui s'est développée sous la muqueuse ? est-ce un corps étranger qui obstrue le canal ? est-ce un rétrécissement ? De quelle nature est l'obstacle ? Ce sont là des questions souvent insolubles ; aussi la thérapeutique s'en ressent-elle.

Quand le rétrécissement est accessible, le jour se fait plus facilement ; mais dans certains cas, que de difficultés pour savoir quelle est la nature de la maladie, surtout quand il y a des fougosités, qu'un ichor séro-purulent et fétide s'écoule de l'anus, et que le malade est cachectique. Chaque jour on voit des méprises, et l'examen anatomique vient donner un démenti au diagnostic le plus rationnel. Les hommes les plus versés dans l'anatomie pathologique sont contraints d'avouer leur insuffisance. Cependant, s'il est triste de penser que parfois l'incertitude est nécessaire, il est juste de dire que le plus souvent on est en droit de penser que tel rétrécissement est cancéreux, tel autre est inflammatoire; c'est en ayant égard à chacun des signes que nous avons indiqués, à l'état général, au développement, en général, lent de la maladie, aux antécédents vénériens, aux maladies antérieures, à la forme, au siége et à l'étendue du mal, qu'on peut arriver, dans les occasions difficiles, à se tirer d'affaire. Ainsi un malade a eu une rectite, des chancres, des condilomes à l'anus, des ulcérations intestinales à la suite de la dysenterie, par exemple quand le rétrécissement est diaphragmatique, valvulaire, que l'intestin a été étreint comme par une ligature, que la suppuration a les caractères du véritable pus, on est en droit d'admettre l'inflammation. Pour d'autres cas, la lenteur avec laquelle marche la maladie peut, jusqu'à un certain point, faire présumer la nature de la lésion ; et puis enfin le microscope peut aussi servir à l'éclairer comme dans un cas que je rapporte, et dont l'observation m'a été communiquée par mon ami M. Pillon.

Jusque dans ces derniers temps, on a confondu les faits dont je parle : cancers, indurations chroniques inflammatoires, avec ou sans ulcération ; le nom générique de cancer leur a été attribué : aussi a-t-on parlé de beaux cas de guérison, de non-récidives à la suite d'opérations chirurgicales ; mais alors on s'est demandé comment le cancer, si terrible, si intraitable ailleurs, se faisait si bénin au rectum, et on est naturellement arrivé à séparer des affections dont les éléments primordiaux sont tout à fait dissemblables.

Dans les indurations chroniques inflammatoires, il existe, selon Bayle, des moments de calme et d'exacerbation plus marqués que dans les rétrécissements cancéreux; on le conçoit facilement, dit M. Vidal, car le tissu enflammé est plus directement sous l'influence de la circulation et de l'innervation que le tissu squirrheux. Cela peut être, mais la lecture des observations donne bien peu de valeur à ce point de diagnostic.

Le toucher, peut-être, donne un meilleur résultat; certainement la résistance du tissu squirrheux est plus considérable que celle du tissu enflammé, en même temps que ce tissu est moins douloureux; et des hémorrhagies plus ou moins abondantes se montrent plus souvent quand on touche un rectum cancéreux; mais, ainsi que je l'ai dit, le doute, dans ces cas, est le plus souvent de rigueur.

TRAITEMENT.

Après l'étude que je viens de faire des rétrécissements du rectum qui se lient à l'inflammation, il me reste à indiquer les moyens qui ont été mis en usage soit pour guérir la maladie, soit pour en conjurer les accidents. Les moyens qu'on a à sa disposition pour combattre ou prévenir les accidents sont, en première ligne :

1° *Les purgatifs.* Ces médicaments sont souvent utiles en ce sens qu'ils font cesser la constipation et qu'ils débarrassent l'intestin des matières dont la présence peut déterminer une entérite; mais peut-être aussi, quand ils sont trop souvent administrés, peuvent-ils devenir nuisibles, et même dangereux, en excitant des contractions trop répétées dans le canal intestinal : des fistules stercorales, et parfois la rupture des tuniques, peuvent en être la conséquence; de là un épanchement de matières fécales dans le ventre, et la mort, commo on peut le voir par la relation de la maladie de Talma. Car il faut bien se persuader d'une chose, c'est que si la constipation a

des inconvénients, l'état tout opposé, la diarrhée, en présente aussi. Parmi les purgatifs, on aura soin de ne pas trop employer les drastiques, qui congestionnent le rectum, ni les purgatifs salins, qui tendent, après leur effet produit, à amener une constipation de plus en plus forte; c'est surtout des purgatifs doux qu'il faut user, et en particulier de l'huile de ricin.

2° *Opiacés et astringents.* Chez quelques individus, le prodrome initial du rétrécissement est la diarrhée, soit que les malades aient une simple rectite, soit qu'ils aient de l'entérite, de la dysenterie. On se trouvera bien alors des opiacés et des astringents.

3° *Lavements.* Ils ont l'avantage immense de laver, de déterger, d'adoucir les plaies, quand il y en a, et de faciliter l'expulsion des fèces; mais en général, les malades en abusent.

Les *douches* présentent les mêmes avantages, surtout quand la constipation est opiniâtre; quand on se sert de l'eau froide, elles agissent comme antiphlogistiques. Enfin on a employé aussi les *ventouses*, les *sangsues*, les *moxas;* pour les sangsues, je crois qu'on peut, quand le rétrécissement est aigu, ou même quand il existe depuis déjà quelque temps, en retirer quelques avantages, en les appliquant soit à l'anus, soit dans l'intérieur du rectum. M. Bégin, dans son mémoire sur les maladies graves de l'anus et du rectum, et Tanchou, dans son *Traité du rétrécissement du rectum*, paraissent en avoir retiré quelques effets; mais, quant aux ventouses et aux moxas dont il faudrait sabler le ventre, je doute des résultats, surtout quand on parle de transporter ainsi au dehors l'inflammation intérieure qui produit le rétrécissement. Quoi qu'il en soit, les moyens que nous venons d'énumérer doivent être aidés du régime; les auteurs prescrivent l'exercice, la distraction, et une alimentation légère, et surtout lactée.

Ces moyens, qui paraissent simples au premier abord, ne sont pas

toujours également faciles à appliquer; ainsi il arrive souvent que les lavements ne peuvent repasser le point rétréci, et distendent l'intestin outre mesure; alors, dans ces cas, il faut avoir soin de les donner au moyen d'une sonde, qui en même temps servira de moyen dilatant, et favorisera l'expulsion des fèces et des gaz.

Les différents moyens que nous venons de passer en revue sont purement palliatifs; ceux que nous allons aborder maintenant sont d'un autre ordre, et ont la prétention d'être curatifs.

Ils comprennent la dilatation, la cautérisation, l'incision, l'ablation, la création d'un anus artificiel.

A. *Dilatation.*

La dilatation a été depuis longue date proposée pour la cure des rétrécissements du rectum. Ancelin, d'après le rapport de Vicq d'Azir, se servait d'un instrument composé de plusieurs lames métalliques susceptibles de s'écarter. Desault dilatait avec des mèches et des tentes; c'est le procédé le plus employé depuis ce chirurgien. Après lui, d'autres chirurgiens ont inventé des procédés opératoires plus ou moins compliqués. Tanchou, M. Bermond, M. Costallat, ont chacun leur mode de procéder. Tantôt on s'est servi de la charpie tout simplement, d'autres fois de sondes, de chemises qu'on a bourrées avec de la charpie, de dilatateurs élastiques, de corps hygrométriques, et, dans ces derniers temps, de suppositoires du gutta-percha; ces derniers, que j'ai vu employer à l'hôpital Beaujon par M. Robert, mon chef de service, m'ont paru produire de bons résultats; M. Robert, du reste, s'en sert après avoir cautérisé les rétrécissements. Quel que soit du reste le mode de dilatation dont on se sert, ils agissent dans le même sens; ils sont destinés soit à maintenir la dilatation qu'a procurée une opération préliminaire, soit à distendre le point coarcté et à le forcer graduellement à s'élargir. Dans la variété de la maladie qu'on a désignée sous le nom de syphilitique, un grand nombre de chirurgiens, la regardant comme diathésique, enduisent les corps di-

latants de principes médicamenteux ; mais, d'après l'opinion que j'ai formulée sur la nature de ces coarctations, je ne pense pas que ces corps agissent autrement que tout autre corps gras. Les médecins, les syphiliographes qui admettent la vérole comme cause de rétrécissement du rectum, ne manquent pas de donner les mercuriaux et l'iode à l'intérieur; mais ces médicaments ne me paraissent pas avoir jamais guéri. On a eu le grand tort, pour juger la médication, d'employer en même temps la dilatation, et dans les nombreuses observations que j'ai sous les yeux, dues à MM. Pinault, Costallat, A. Bérard, Gosselin, il est de toute évidence que le traitement local seul a été profitable; c'est là aussi l'opinion de MM. Malgaigne et Cullerier, qui m'ont souvent affirmé n'en avoir retiré aucun résultat.

Certes la dilatation est un moyen précieux; mais elle doit être lente, graduelle, et jamais brusquée, comme Astley Cooper l'a pratiquée deux fois : car les reproches que dans le temps on a adressés à Mayor lui reviennent de droit. Souvent aussi, en prenant toutes les précautions possibles, les malades ne peuvent la supporter. Au bout d'une heure, de deux, surtout au début, ils sont obligés de retirer les mèches et les suppositoires, soit à cause des douleurs que ces objets occasionnent, soit à cause des efforts involontaires de défécation qui surviennent. Cependant, après quelque temps et quand la coarctation est moins intense, ils finissent par s'y habituer. La durée du traitement par la dilatation est variable suivant l'état du rétrécissement; elle peut durer quelques mois, des années même, et, en général, les malades doivent y revenir de temps en temps, s'ils ne veulent s'exposer de nouveau à voir renaître des accidents.

Il arrive aussi qu'elle peut produire des accidents : dans une observation de Tanchou, il me paraît y avoir eu une déchirure de l'intestin, qui amena la mort de la malade, par suite d'un abcès gangréneux de la fesse. Dans une autre de M. Costallat, on fit fausse route, et la malade mourut également.

M. Costallat, dans les nombreuses observations qu'il a consignées dans son recueil, en a certainement retiré de très-bons effets ; mais, la plupart du temps, les guérisons n'ont pas été complètes, et les malades sont sortis de ses mains, conservant toujours un écoulement plus ou moins abondant par l'anus. C'est que souvent, en effet, le rétrécissement n'est pas le point capital de l'affection, et qu'il existe au-dessous et surtout au-dessus du point rétréci, des ulcérations, une suppuration abondante.

Cautérisation.

La cautérisation, au dire de M. Costallat, a été employée par Everard Home dans un cas qui doit inspirer des doutes. Elle a été essayée par Sanson et par d'autres chirurgiens dans des affections cancéreuses. M. Robert, à l'hôpital Beaujon, l'emploie habituellement dans les rétrécissements dus à l'inflammation. Les cautérisations sont répétées tous les quinze ou vingt jours, et quand l'escharе est tombée, il se sert de suppositoires.

Ces cautérisations sont très-douloureuses, et durent de cinq à huit minutes. En général elles n'occasionnent pas d'accidents ; mais quelquefois aussi ils peuvent être graves.

Je me rappellerai toujours une de ses malades, la femme Alibert, qui portait un rétrécissement à 7 centimètres de hauteur environ, et qui fut prise d'une péritonite intense, à laquelle il fallut opposer les moyens les plus énergiques. Cette femme fut à deux doigts de sa perte. La cautérisation a été faite avec le nitrate d'argent et le caustique de Vienne solidifié : ce dernier est certainement de beaucoup préférable.

Incision.

L'incision, mise en pratique par Witheman, Ford, Copeland, A. Bérard, est certainement un excellent moyen pour apporter un prompt

soulagement. On peut en faire une ou plusieurs sur les rétrécissements; M. Gosselin s'en est très-bien trouvé dans les cas où il l'a employée. On la pratique en introduisant sur l'indicateur un bistouri boutonné dont la lame est à plat; quand on est arrivé sur le rétrécissement, on le retourne de manière que le tranchant regarde les parois du rectum, et l'on pratique un ou plusieurs débridements. Je ne l'ai vue employer qu'une fois par M. Cullerier, à l'hôpital Lourcine, et j'ai été enchanté du résultat; il est vrai que la femme avait un rétrécissement des plus favorables; c'était un cercle fibreux, un véritable anneau. Aussitôt les incisions pratiquées sur les parties latérales, le doigt pénétra fort aisément. Certes il n'y a pas à craindre que les parties divisées s'agglutinent de nouveau, les humidités du lieu s'y opposent; pour plus de sûreté cependant on devra maintenir l'état du rectum par des mèches.

La dilatation, la cautérisation, l'incision, seules ou combinées, sont, sans aucun doute, les moyens curatifs des rétrécissements du rectum : curatifs, en ce sens qu'on parvient, à leur aide, à rendre l'existence supportable, et un état général meilleur aux malades; mais ces moyens, quels qu'ils soient, ne détruisent point le tissu fibreux, les indurations de l'intestin; le malade doit se résigner à conserver toute la vie une infirmité plus ou moins gênante. Heureux si, bien averti par le chirurgien, il ne s'endort pas dans le bien-être que l'art vient de lui rendre, et s'il a soin de veiller de près l'ennemi qui le menace.

Enfin, dans les rétrécissements du rectum de la nature de ceux qui nous occupent. mais seulement dans les cas difficiles où la maladie affecte profondément l'organisme, où l'état général périclite rapidement, où le rétrécissement s'accompagne de lésions locales telles qu'on les a longtemps confondues avec le cancer, on a proposé et pratiqué l'ablation de la partie malade. Paget, Béclard, et Lisfranc surtout, se sont décidés à cette grave opération. Alors des guérisons radicales ont eu lieu sans aucun inconvénient ultérieur; mais parfois aussi l'incontinence des matières fécales en a été le résultat, et l'existence a été achetée au prix de la plus horrible infirmité qu'on

puisse rencontrer (Haime, Velpeau, Cruveilhier). Cependant l'opération est légitime; il en coûte tant de quitter la vie, que chacun répète ces paroles du fabuliste :

> Qu'on me rende impotent, cul-de-jatte, goutteux,
> Mais qu'en somme je vive, c'est tout ce que je veux.

On pourrait en dire autant de l'anus artificiel.

CONCLUSIONS.

1° Les rétrécissements inflammatoires du rectum, ou qui sont la conséquence de l'inflammation, ne sont, dans aucun cas, des accidents diathésiques dépendants de la vérole.

2° Ces rétrécissements siégent le plus souvent au-dessous de 0,09 de l'anus, et par conséquent dans la portion ampullaire, la plus large de l'intestin.

3° Ils s'accompagnent souvent d'ulcérations qui siégent au-dessus et au-dessous d'eux; ces ulcérations sont plus graves que la maladie elle-même.

4° Le traitement spécifique est toujours insuffisant; le régime produit de bons résultats. Le traitement chirurgical est le seul sur lequel on puisse compter. Toutefois ce traitement n'est que palliatif, quoiqu'on l'ait décoré du nom de curatif.

5° L'ablation du rectum et la création d'un anus artificiel sont des ressources extrêmes auxquelles on ne doit recourir que dans les cas où la vie est gravement compromise.

OBSERVATION Ire,

recueillie dans le service de M. Robert. (Observation particulière.)

Jeanne-Claude L..., âgée de trente-quatre ans, baigneuse, est entrée à l'hôpital Beaujon le 18 octobre 1854. Cette femme a été

réglée à dix-huit ans et demi ; la menstruation est régulière et dure quatre jours. Elle a eu trois enfants, et a fait une fausse couche.

Il y a huit ans, à la suite de sa dernière couche, elle eut une affection de l'utérus, qui dura un an, et pour laquelle elle fut plusieurs fois cautérisée au fer rouge.

Quant à la maladie pour laquelle elle est entrée dans le service, voici ce qu'elle nous apprend.

Il y a douze ans, elle s'aperçut d'une grande difficulté pour aller à la selle, et bientôt elle ressentit des douleurs très-vives ; elle attribuait cette gêne de la défécation à sa grossesse.

« Elle était enceinte pour la première fois. »

Les douleurs persistant après l'accouchement, la malade rentra à la Maison de santé, où elle fut traitée par les mèches et les lavements froids. Combien de temps dura ce traitement et l'amélioration qui le suivit? C'est ce qu'il est impossible de savoir; toutefois il paraît que le mieux fut d'assez courte durée. La malade entra dans le service de M. Velpeau ; elle y fut traitée par les mèches, et on lui administra à l'intérieur une liqueur qui amena le déchaussement des dents.

Ce traitement dura huit jours sans succès.

En 1849, la défécation était devenue à peu près impossible, et des coliques très-vives tourmentaient sans cesse la malade, quoiqu'elle fît un usage très-fréquent de purgatifs et de lavements.

M. Robert fit successivement sept cautérisations avec le caustique Filhos, maintenant la dilatation à l'aide de grosses mèches ; au dire de la malade, il y eut peu de soulagement, et, lasse d'un traitement qui ne lui paraissait amener aucune amélioration, elle quitta l'hôpital.

En 1851, la malade entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton, qui pratiqua plusieurs incisions sur le rétrécissement, et qui furent suivies d'un grand soulagement. Pendant six semaines, on introduisit des mèches dans le rectum. La malade rentra chez elle et tâcha de se maintenir le ventre libre par l'usage presque journalier des purgatifs et des lavements ; mais aujourd'hui la défécation

est devenue très-douloureuse, les matières sont rubanées. La malade se présente inutilement huit ou dix fois par jour à la selle; les tentatives de garde-robes sont suivies de violents frissons. Coliques très-vives, continuelles; douleurs dans les reins; conservation d'appétit; bonnes digestions, pas de renvois.

État actuel. Aspect extérieur d'une bonne constitution, figure fraîche et colorée; pas ou peu d'amaigrissement.

Pas de flueurs blanches.

La malade nie très-vigoureusement tout accident syphilitique.

Il n'y a pas d'engorgement des ganglions; elle n'a pas eu de taches à la peau, pas de chute de cheveux, et rien dans la conformation de l'anus ne porte à croire à des rapports antiphysiques. Le doigt introduit dans le rectum trouve, à 5 cinq centimètres environ, un rétrécissement assez résistant que l'on peut franchir par une dilatation forcée; si on introduit à la fois un doigt dans le vagin et un dans le rectum, on sent, dans une étendue de 5 ou 6 millimètres, un tissu plus dur que le reste des parois recto-vaginales.

Le 30. Les selles sont devenues de plus en plus pénibles et n'ont lieu qu'à l'aide de lavements purgatifs; cautérisation avec le caustique Filhos, de cinq minutes, en deux fois. Douleurs atroces éprouvées par la malade, qui pousse des cris aigus. Le rétrécissement, examiné à l'aide du spéculum, ne paraît avoir porté son action qu'à la partie postérieure de l'intestin.

Le 3 novembre. Introduction d'un pessaire en gutta-percha; un peu d'amélioration.

Le 20. La malade, qui était arrivée à garder un suppositoire d'un fort volume pendant huit heures, prétend que cela lui est devenu impossible, et ne le garde que quelques heures.

Le 6 décembre. Malgré l'emploi fréquent de l'huile de ricin et des lavements, la défécation est de nouveau très-pénible; le gros intestin paraît avoir perdu en grande partie sa contractilité.

Le 7, nouvelle cautérisation (huit minutes).

Dans la journée, douleurs vives s'irradiant dans la région sacrée.

Le 8. On introduit un suppositoire de la grosseur du petit doigt ; constipation opiniâtre, coliques vives. Tous les deux jours, on donne à la malade 10 grammes d'huile de ricin ; les fèces ne sont expulsées qu'en petite quantité, aplaties, rubanées, et demandent des efforts très-considérables.

Le 4 janvier 1855. Le doigt s'engage dans le rétrécissement, mais l'introduction est très-douloureuse.

Le 7. M. Robert donne de la strychnine à la malade jusqu'au 20 ; pas de résultat appréciable ; les garde-robes sont toujours difficiles, et il y a toujours expulsion de muco-pus.

Le 20. Douleur à l'anus et au périnée ; tumeur rouge et douloureuse à gauche de la ligne médiane.

La tumeur s'abcède le 23, et le 29, deux incisions sont pratiquées assez profondément dans les fosses ischio-rectales.

Le 5 février, la suppuration de l'abcès est presque tarie.

Le 8. On revient à la dilatation ; le malade supporte le suppositoire pendant huit heures. Le doigt passe facilement dans le rétrécissement.

Le 26. A 5 centimètres et demi de l'anus, l'intestin est légèrement coarcté ; l'intestin est légèrement induré à ce niveau. La muqueuse au-dessous est rouge et excoriée, sans végétations ; la santé générale est excellente.

La malade sort le 27 février.

Le 9 mars. La malade, ayant négligé d'appliquer son suppositoire, ne va plus à la garde-robe ; les fèces sont d'un très-petit calibre. Le toucher ne permet pas d'arriver aux limites du rétrécissement ; santé bonne.

Le 4 mai, un nouvel abcès s'est formé à l'anus.

Le doigt, à 6 centimètres, arrive à la hauteur du rétrécissement et pénètre facilement ; la muqueuse indurée donne la sensation de velouté.

Je n'ai pas revu la malade depuis cette époque.

OBSERVATION II,

recueillie dans le service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon. (Observation particulière.)

Françoise S..., âgée de trente-cinq ans, couturière, née à Strasbourg, demeurant à Paris, rue des Dames, n° 9, entre à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Agathe, n° 409 .

Variole à dix ans, dont il reste quelques traces. Réglée à dix-huit ans, assez facilement; menstruation durant quatre jours, sans douleurs, et très-abondante. A cette époque, après les premiers rapports sexuels, la malade a eu quelques ulcérations sur les grandes lèvres; ces ulcérations cicatrisées, aucun accident n'est survenu jusqu'à son arrivée à Paris, en 1845. Environ trois mois après son arrivée, elle fut prise d'une angine, pour laquelle elle fut traitée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, par l'iodure de potassium, et, depuis cette époque, cette femme a conservé une voix légèrement nasonnée. Jamais rien du côté de la peau, pas de chute de cheveux, la santé a toujours été très-bonne. Depuis deux ans, la malade a commencé à maigrir, et l'amaigrissement a été assez considérable ; cependant elle est encore forte et d'une vigoureuse santé. Depuis deux ans, elle se plaint de douleurs augmentant la nuit et par la chaleur; ces douleurs sont contusives et parfois lancinantes, quelquefois assez fortes pour arracher des cris à la malade ; elles reviennent par moments irréguliers et parfois au bout de deux à trois mois. Il n'y a pas de traces de tumeurs sur les os accessibles au toucher.

Il y a deux ans, à la suite d'une chute sur les fesses dans un escalier, elle eut un abcès au côté gauche de l'anus. Cet abcès, très-volumineux, s'ouvrit spontanément et donna issue à une grande quantité de sang mêlé de pus; c'est à partir de cette époque que les garde-robes sont devenues difficiles. La tumeur, qui, au dire de la

malade, était volumineuse, fut rouge et très-douloureuse. Les douleurs étaient pulsatiles et lancinantes. L'évolution de la tumeur a duré quinze jours. Cette femme fut prise ensuite d'une constipation fort opiniâtre; les selles n'avaient lieu que tous les huit ou douze jours, et elles nécessitaient de violents efforts et occasionnaient dans le rectum, et non au niveau de l'anus, des douleurs comparables à un violent tortillement, à une déchirure. Après les selles, elles avaient le caractère lancinant. Indépendamment de ces douleurs, la malade en ressent dans la région hypogastrique et dans la région iliaque gauche; ces douleurs sont persistantes et exaspérées pendant la défécation; la fosse iliaque est douloureuse à la pression. Depuis le commencement de sa maladie, la malade rend continuellement par l'anus du pus et du sang en quantité notable. Les douleurs dont je viens de parler jetaient quelquefois la malade dans un état de faiblesse et d'abattement tel qu'elle éprouvait des syncopes. Au moment des selles, la tête s'embarrasse et se congestionne, et souvent la malade est obligée de rester toute la journée couchée; en même temps elle avait de fortes courbatures.

Au mois de novembre 1853, elle entra dans le service de M. Huguier, qui lui fit prendre du proto-iodure de mercure et boire de la tisane de salsepareille; elle sortit au bout d'un mois, et les accidents du côté du rectum se manifestèrent de nouveau; ces accidents ont persisté jusqu'à l'époque où la malade est entrée à Beaujon.

Depuis l'invasion de la maladie, les fèces ont à peine la grosseur du petit doigt, elles sont dures et aplaties. La malade ne peut plus prendre de lavements depuis cette époque; l'eau injectée ne peut être retenue par le rectum et occasionne de violentes douleurs.

Le 5 février, on constate l'état suivant:

L'aspect extérieur de la malade dénote une bonne santé; l'appétit est bon, et les fonctions digestives s'exécutent bien; mais il y a une constipation opiniâtre, les selles sont peu abondantes et rubanées; le linge de la malade est taché d'un muco-pus jaunâtre et épais. L'anus est bien conformé, et ne paraît pas avoir servi à des relations

antiphysiques; autour de lui, existe une zone pigmentaire très-foncée qui suinte continuellement une matière peu odorante et huileuse. Sur le côté droit de l'orifice anal, il existe une petite excroissance de la muqueuse; elle est aplatie latéralement, et n'a jamais donné lieu à aucun écoulement sanguin. La malade a un peu de leucorrhée. Par le toucher rectal, on constate un rétrécissement à 5 centimètres environ de l'anus; le doigt a peine à le franchir, et l'introduction est douloureuse; on sent comme un bourrelet sinueux et donnant la sensation des callosités. Le bourrelet est dur, et la muqueuse qui le recouvre donne la sensation du velours, ou plutôt celle qu'on ressent en frottant de l'amadou. Au-dessus du rétrécissement, on ne peut se rendre compte de l'état de la muqueuse, mais au-dessous, on sent quelques petites tumeurs dures et douloureuses.

Le 6, M. Robert introduit le spéculum, dont l'application est très-douloureuse; l'instrument arrive à la hauteur de 4 centimètres, et fait découvrir le rétrécissement; au-dessous de lui, la muqueuse est très-rouge, ulcérée, douloureuse, et saigne légèrement. L'orifice du rétrécissement est circulaire, et du diamètre d'une pièce de 50 centimes.

L'introduction du spéculum donne lieu à une hémorrhagie assez abondante pour empêcher l'application du caustique Filhos. En touchant la malade, aussitôt après, on sent que le rétrécissement s'est brisé du côté gauche, et que, dans 1 centimètre de hauteur à peu près, il existe une solution de continuité de 3 à 4 millimètres.

Depuis son entrée, la malade prend chaque jour 1 gr. d'iodure de potassium. Depuis le 1er mars, elle prend en plus une pilule de proto-iodure de mercure. Chaque jour, on introduit dans le rectum un suppositoire en gutta-percha; ce suppositoire a la grosseur de l'index. La malade va régulièrement à la garde-robe, mais elle rend en abondance un muco-pus très-épais. Il y a souvent des envies d'aller à la selle, mais la plupart du temps elles n'aboutissent qu'à expulser un liquide filant, jaunâtre et épais.

Le 15 mars, on introduit un suppositoire de la grosseur du pouce;

l'introduction est excessivement douloureuse et donne lieu à un peu d'hémorrhagie, ainsi qu'à une violente douleur et à un tremblement nerveux qui dure une demi-heure; la malade le conserve deux heures; la même chose a lieu jusqu'au 28 mars. A cette époque, l'index entre facilement; les garde-robes sont régulières, mais l'écoulement muco-purulent persiste toujours. Le 29, une douleur gravative se fait sentir dans tout le bassin; les règles apparaissent; elles durent six jours, et, pendant ce temps, on ne met pas le suppositoire. Après cette époque, le rétrécissement s'est resserré, et l'on est pendant quelques jours obligé de revenir au petit suppositoire; le gros est ensuite régulièrement appliqué jnsque dans les derniers jours d'avril, où la malade demande son exeat. A sa sortie, la santé est très-bonne, le rétrécissement admet parfaitement le doigt, mais l'écoulement muco-purulent persiste.

OBSERVATION III,

recueillie dans le service de M. Cullerier, à l'hôpital de Lourcine. (Observation particulière.)

Marie X..., âgée de vingt-sept ans, mariée, entre le 14 juin 1855 au n° 16 de la salle Sainte-Marie. Elle a été réglée à quinze ans; elle est grande et forte, et sa santé est excellente. Il y a quatre ans, son mari eut un bouton à la verge et un bubon suppuré. A la même époque, cette femme eut, dit-elle, un bouton à la vulve; plus tard, elle eut à la vulve d'autres boutons, qui, d'après la description qu'en donne la malade, paraissent ressembler à des plaques muqueuses; en même temps, éruption cutanée, chute de cheveux, mais pas de mal de gorge. Cette seconde série d'accidents n'a paru qu'il y a un an, et elle se serait fait longtemps attendre; aussi ce qui a eu lieu il y a quatre ans ne paraît pas en être la véritable cause. Toutefois, depuis l'apparition des plaques muqueuses, douleurs nocturnes dans les bras et les jambes; céphalalgies violentes

revenant par excès. Traitements nombreux mal dirigés et suivis irrégulièrement.

État actuel. Érosion étendue des lèvres du col utérin, qui sont indurées; la lèvre antérieure, au-dessus de l'érosion, présente un aspect corné, blanc, transparant, sous forme de bande transversale, sans élevures ni saillie. La paroi postérieure du vagin, à 2 millimètres au-dessous de l'insertion du col, présente une bride fibreuse transversale, parfaitement sensible au toucher ; au-dessous, et à 1 centimètre environ de la première, on sent une autre bride plus fortement accusée. Il y a un peu de catarrhe transparent. A l'entrée du vagin, vers la face interne et à la base de la petite lèvre gauche, au devant d'une caroncule volumineuse, existe une ulcération inégale, à teinte blafarde, superficielle, et continuellement baignée par un liquide séro-purulent, sans odeur caractéristique ; il existe dans cet endroit un petit pertuis, dans lequel s'engage un stylet, qu'on ne peut suivre dans toute sa longueur. Ce trajet fistuleux et les brides dont nous avons parlé existent depuis trois ans. A cette époque, il y eut une tumeur au périnée et à la vulve, qui fit beaucoup souffrir la malade, et sur laquelle on appliqua des sangsues ; la tumeur s'ouvrit d'elle-même et laissa couler du pus en abondance par le périnée, la vulve et le rectum. La fistule périnéale se ferma après quelques cautérisations ; mais l'écoulement rectal et vaginal continua.

Au bout d'un certain temps, l'écoulement vaginal disparut à son tour, mais le rectum continua de sécréter du muco-pus avec abondance; c'est à partir de cette époque que la constipation s'est montrée très-rebelle. Pendant longtemps, la malade fut tourmentée par des besoins illusoires d'aller à la selle; elle rendait une matière glaireuse, filante, transparente, et légèrement brune; peu à peu, l'écoulement anal changea de nature et devint incolore : de sorte qu'aujourd'hui il est comparable à du blanc d'œuf. En même temps, douleurs sourdes ou plutôt sentiment de pesanteur dans la région sacrée ; depuis quelques mois, ce sentiment de pesanteur a disparu,

et la malade s'administre fréquemment des lavements pour aller à la selle.

Le doigt introduit dans le rectum se trouve arrêté à 4 centimètres et demi de l'anus, par un point rétréci, sous forme d'anneau froncé, admettant tout au plus l'extrémité du doigt ; la défécation s'opère cependant, mais, dit le malade, en y mettant le temps. La santé n'est nullement altérée, toutes les fonctions s'exécutent bien.

La malade prend chaque jour 2 grammes d'iodure de potassium.

Le 2 juillet. M. Cullerier débride à droite et à gauche, et l'on introduit des mèches de plus en plus grosses.

Le 15. Le doigt entre facilement, le malade n'éprouve pas de douleurs bien grandes.

Le 12, même état. En franchissant le rétrécissement, on le sent se resserrer un peu ; au-dessus de lui, l'intestin forme une vaste ampoule. En pratiquant en même temps le toucher rectal et le toucher vaginal, on sent que le cercle fibreux de l'intestin répond à la bride inférieure du vagin et qu'il y a adhérence intime entre les deux parois. La malade sort dans les premiers jours d'août, conservant son rétrécissement, mais allant facilement à la selle.

OBSERVATION IV.

Rétrécissement de l'extrémité inférieure du rectum ; mort. Autopsie (pièce présentée à la Société anatomique). Observation due à mon cher ami, M. Marcé, interne des hôpitaux.

C... (Eugène), seize ans, typographe, entré le 24 avril 1853 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-François, lit n° 9.

Bonne santé habituelle, bien développé pour son âge ; figure colorée et nullement amaigrie.

Dès sa plus tendre enfance, il fut sujet à une chute du rectum assez considérable ; sa mère se contentait de réduire, après la défécation, les parties herniées. A six ans, ce prolapsus disparut complé-

tement; de dix à douze ans, chaque fois qu'il allait à la selle, il rendait un peu de sang mêlé aux matières fécales, et il avait en même temps quelques coliques, mais il n'y avait ni constipation, ni trouble sérieux de la santé.

A partir de douze ans, la santé resta excellente.

Il y a trois mois, sans cause appréciable, il s'aperçut qu'il allait très-difficilement à la selle, et que les matières fécales étaient aplaties, peu volumineuses, et comme passées à la filière; néanmoins la défécation restait régulière, l'appétit persistait, et il pouvait continuer son travail. Mais, il y a un mois à peu près, survinrent des douleurs de ventre très-vives, de la céphalalgie, et il y eut aussi, pendant quelques jours, un prolapsus du rectum, qui se réduisit avec la plus grande facilité.

Jamais d'hémorrhagie anale. Tout le traitement a consisté, chez lui, en lavements purgatifs, qui n'ont pas empêché la maladie de suivre son cours.

A son entrée, 25 avril, la figure n'est nullement altérée; elle exprime seulement la souffrance; l'abdomen est énormément ballonné, et, à travers les parois abdominales, on voit se dessiner les circonvolutions intestinales. Voilà huit jours à peu près que la tuméfaction est aussi considérable; un peu d'oppression par refoulement du diaphragme; coliques très-vives parcourant tout l'abdomen, et pendant lesquelles on voit se durcir les bosselures de l'intestin; elles se manifestent depuis huit à dix jours à peu près. Les matières évacuées sont toujours liquides, et ne revêtent, par conséquent, aucune forme distincte; elles ont lieu tous les deux jours, à la suite de lavements qu'on administre régulièrement; le toucher par l'anus permet d'arriver à un rétrécissement situé à 2 pouces à peu près au-dessus du sphincter intestinal. Le rectum est rempli par des fongosités assez résistantes, douloureuses; le rétrécissement est assez ferme pour que le doigt ne puisse le franchir, mais on peut y introduire sans peine une sonde de femme.

L'anus n'est nullement infundibuliforme, et le sphincter a con-

servé toute son élasticité. La langue est bilieuse, la bouche amère, la soif vive, l'appétit nul; l'excrétion urinaire se fait sans peine; le pouls, petit et peu développé, donne plus de 100 pulsations; presque pas de sommeil la nuit, depuis huit jours, à cause de la violence des coliques.

Le lundi, 2 lavements avec 30 grammes d'huile de ricin, qui amènent l'évacuation de matières fécales liquides et un grand soulagement, et cependant l'abdomen n'a pas diminué de volume.

Le mardi et le mercredi, deux douches ascendantes qui amènent une nouvelle évacuation de matières fécales liquides; cataplasmes laudanisés sur le ventre. Mais l'état général ne s'améliore guère: abdomen toujours énormément ballonné; borborygmes, coliques extrêmement vives; douleurs très-vives dans les jambes sous forme de crampes; la faiblesse du petit malade est telle qu'il ne peut rester un instant debout. Depuis cet après-midi, on a vu reparaître les vomissements que le malade avait eus chez lui, et qui avaient disparu depuis dimanche; vomissements abondants et de matières bilieuses; un peu de hoquet; l'état général est toujours aussi grave, l'appétit nul; le pouls, misérable et à peine sensible, donne 120 pulsations; coliques assez vives, céphalalgie.

Mercredi, le malade est beaucoup moins bien que la veille. Le 30 avril, samedi, le malade prend chaque jour une douche ascendante qui amène dans la journée une abondante évacuation de matières fécales; mais le ballonnement du ventre est toujours énorme, l'oppression très-grande, et il y a une accélération extraordinaire du pouls, probablement un peu mécanique (140 pulsations); engorgement considérable des ganglions inguinaux du côté gauche, existant huit jours au moins avant l'entrée du malade à l'hôpital, et ayant augmenté depuis; borborygmes, vives coliques, céphalalgie; un peu d'altération des traits; érythème des fesses, par suite de l'écoulement de matières fécales à demi liquides. Le soir, on introduit dans le rectum une grosse sonde à urèthre, qui, introduite avec

ménagement, pénètre sans trop de difficulté à la hauteur de 2 ou 3 centimètres ; on constate la présence de deux endroits surtout rétrécis ; dans le pli le plus élevé, la coarctation paraît plus grande ; par la sonde, il s'échappe une grande quantité de gaz, puis de matières fécales liquides ; ce qui est suivi d'un affaissement immédiat dans toute la moitié inférieure de l'abdomen, puis d'un grand soulagement.

A neuf heures, sans cause appréciable, survient une aggravation considérable dans l'état du petit malade ; délire, agitation, cris incessants.

Le 1er avril, au matin, le facies est profondément altéré ; les gencives et toute la bouche sont enduites d'une exhalation sanguine considérable ; le pouls est misérable et presque insensible, à 140 ; délire, hallucination, carphologie, strabisme très-prononcé ; l'abdomen est toujours très-ballonné ; le malade a lui-même retiré sa canule à une heure de la nuit, et le lit est toujours souillé de matières fécales. Les phénomènes cérébraux, délire, carphologie, strabisme, se sont encore plus prononcés pendant le courant de la journée. Le petit malade a succombé à neuf heures du soir.

Le rétrécissement peut à peine admettre l'extrémité du petit doigt ; il siége à 2 pouces au plus de l'anus ; au-dessous, l'intestin a perdu notablement dans son calibre, mais il n'existe qu'un rétrécissement unique. Le rectum fut enlevé disséqué. Dans toute son étendue, la muqueuse est saine, n'offre ni ulcération ni ramollissement ; on peut, par une dissection attentive, la séparer de la musculeuse sous-jacente ; c'est tout au plus si elle offre en cet endroit un peu d'épaississement. La tunique musculeuse, saine dans toute la portion du rectum qui est au-dessous du rétrécissement, offre une hypertrophie notable à son niveau ; elle est là deux ou trois fois plus épaisse, et les fibres musculaires sont beaucoup plus serrées, sans offrir la moindre altération ; elle forme là comme un véritable sphincter. Quant à la couche celluleuse qui entoure le rectum, elle est indurée dans une étendue assez considérable, et elle offre des

adhérences très-intimes avec la couche musculeuse au niveau du rétrécissement; en sorte qu'au point le plus saillant du rétrécissement, il est fort difficile de l'isoler par la dissection; de chaque côté du rectum, on peut disséquer et isoler sans peine, des ganglions lymphatiques hypertrophiés que l'on retrouve, du tissu cellulaire. L'étendue du rétrécissement est de 3 à 4 centimètres à peu près; il n'y avait aucune trace de valvule ni de dégénérescence, ni même d'anneaux fibreux sur la muqueuse, mais une simple hypertrophie avec rétrécissement, dû probablement au prolapsus.

OBSERVATION V,

(communiquée par M. Robert, chirurgien à Beaujon).

Véronique S...., âgé de cinquante-cinq ans, couturière, entre à l'hôpital Beaujon le 15 décembre 1851; elle a été réglée jusqu'à cinquante ans. Il y a trois ans, elle fit une maladie grave, à la suite de laquelle elle eut un dévoiement qui dura pendant cinq mois; en même temps, elle ressentit des démangeaisons et des cuissons à l'anus, et des douleurs que la marche rendait plus vives. Depuis deux ou trois mois, défécation gênée; nécessité des purgatifs : les matières avaient le volume du petit doigt; pendant quelque temps, la malade a pris de l'iodure de potassium; pas d'antécédents syphilitiques.

Le 16 janvier 1852. Depuis son entrée, trois cautérisations au moyen de la pâte de Vienne solidifiée; mèches de plus en plus grosses dans le rectum; nouvelle cautérisation; jamais d'accidents du côté du ventre. Le caustique est laissé cinq minutes, ensuite on fait une injection d'eau; le rétrécissement est facilement accessible au doigt, et occupe une étendue de 2 à 3 centimètres; tissu ferme et résistant.

Le 20, selles faciles.

Le 28, nouvelle cautérisation; le 30, id., mèches.

Le 7 février. Cautérisation non complète; mèches avec pommade au nitrate d'argent, 0,25 pour 15 grammes d'axonge.

Le 9, la douleur produite par la pommade est très-forte, on la mélange avec du cérat.

Le 14, le doigt passe facilement, mais il reste encore un point rétréci à la partie supérieure.

Le 16, suppositoire en gutta-percha; il est bien supporté, mais augmente beaucoup l'écoulement sanguignolent.

Le 18, peu d'écoulement, absence de douleur.

Le 20, lavements de ratanhia, à prendre après l'administration d'un lavement émollient.

Le 11 mars. Le suppositoire entre avec facilité; toujours écoulement sanguignolent.

Le 26, le doigt ne trouve plus de point rétréci; selles faciles sans lavements; un peu d'écoulement.

Le 27, exeat; la malade devra porter un suppositoire pendant longtemps.

(Cette observation a été recueillie par M. Sée, alors interne du service.)

OBSERVATION VI,

(communiquée par M. Robert, et recueillie par mon excellent ami Liégeois, interne des hôpitaux).

Mme V..., âgée de trente-deux ans, entre à l'hôpital Beaujon le 8 janvier 1852. Cette femme eut, il y a quinze ans, en 1837, un premier enfant, et deux ans après, un second. Quelque temps après ce second accouchement, elle fut atteinte, dit-elle, d'une gastro-entérite et traitée comme telle; un régime maigre et débilitant, joint à des saignées fréquentes, ne tarda pas à la réduire à un état de faiblesse extrême. Pendant deux ans, elle resta dans cet état d'adynamie, jusqu'à ce qu'un régime tonique lui eût rendu son embonpoint; à ce moment de pleine santé, elle fut prise de picotements à l'anus, dus à la présence de petits vers blancs de la grosseur d'un fil, longs d'un centimètre, et siégeant à l'extrémité du rectum.

Nous arrivons en 1845, où des douleurs anales firent constater à la malade une dilatation des tumeurs hémorroïdales qu'elle portait, douleurs qui ne s'étaient jamais montrées aussi vives, quoique les hémorrhoïdes datassent d'une époque antérieure à ses couches; en même temps, elle fut affectée d'une dysenterie suivie d'hémorrhagies intestinales abondantes. En 1846, elle s'aperçut que ses excréments se rétrécissaient ; ils étaient aplatis, rubanés : alors la malade n'allait à la selle qu'avec difficulté ; elle avait des coliques violentes et répétées, et les douleurs qu'elle éprouvait étaient surexcitées aux époques menstruelles. En 1848, elle eut une hémorrhagie intestinale qui dura six semaines, et ne se termina qu'à l'arrivée de la malade à Paris. Les difficultés d'aller à la garde-robe augmentèrent alors; des purgations répétées lui furent administrées. En 1852, elle vint consulter M. Robert, qui constata d'abord un rétrécissement à la hauteur de 5 centimètres et demi, puis un second à la hauteur de 10 centimètres. Le 2 janvier, elle entra à l'hôpital. Le doigt, introduit dans le rectum, sent comme deux valvulves épaisses qui s'opposent à la pénétration, et l'exploration est pour la malade une cause de douleurs violentes. L'ouverture anale est étroite, en raison des hémorrhoïdes qui reposent sur elle ; des lavements émollients sont prescrits matin et soir ; des mèches de la grosseur du doigt sont introduites dans le rectum. Le 5 février, une première cautérisation est faite avec le caustique Filhos ; les mèches sont continuées. Cette première cautérisation ne porte que sur le premier rétrécissement. Le 15 février, deuxième cautérisation portant sur le second rétrécissement ; les mèches sont remplacées par un suppositoire dont l'introduction cause de vives douleurs. Après une troisième cautérisation, le 6 mars, le malade se trouva dans un état d'amélioration notable qui permit aux appareils de dilatation de pénétrer facilement, et presque sans douleur.

Le 20 mars, alors qu'une nouvelle cautérisation était nécessaire, M. Robert crut pouvoir lui substituer un suppositoire enduit d'une solution gommeuse de nitrate d'argent ; les douleurs furent telles

qu'il fut impossible de continuer. Le 10 avril, quatrième cautérisation. La malade sort et rentre après quelques jours; on constate un nouveau rétrécissement à 13 centimètres. Le 6 mai, cinquième cautérisation sur ce rétrécissement. On introduit un suppositoire de 14 centim. de long. A sa sortie, la malade présente l'état suivant :

Le premier rétrécissement a entièrement disparu et ne laisse d'autres traces qu'un peu d'induration; le second a beaucoup diminué; le doigt, qui pouvait à peine le franchir, pénètre au delà sans difficulté; mais il arrive sur le troisième, qui paraît moins bien limité, en raison sans doute de la difficulté de l'exploration; il diminue d'une quantité notable le calibre du rectum. Entre ces deux rétrécissements, le rectum est intact.

Nota. J'ai vu cette année la malade dans le service de M. Robert; elle est grande, robuste, la face est colorée, l'appétit est excellent. Fréquemment elle a de la céphalalgie et des alternatives de constipation et de diarrhée; elle est parfois huit ou dix jours sans aller à la garde-robe, qui nécessite de violents efforts et s'accompagne de fortes douleurs. Les matières sont aplaties, rubanées, de la grosseur du petit doigt à peine, et accompagnées de mucosités blanches et filantes. Cette femme introduit de temps en temps, mais non d'une manière continue, des suppositoires. Elle combat la constipation par des lavements et des purgatifs. Son état, dit-elle, a été fort amélioré depuis que M. Robert l'a traitée. La malade n'étant pas entrée à l'hôpital, je ne l'ai pas touchée.

OBSERVATION VII,

(communiquée par mon collègue et ami M. Pillou, interne des hôpitaux).

Joséphine C....., âgée de trente-cinq ans, entre le 19 juillet à l'hôpital Lourcine, salle Saint-Louis, n° 22.

En 1845, elle a eu une ulcération du col utérin, caractérisée chancre par M. Bazin. En 1846, roséole, plaques muqueuses vul-

vaires et amygdaliennes ; chute de cheveux, syphilis tuberculeuse. Il existait depuis vingt mois une fistule anale, suite de fausse couche, opérée déjà par M. Velpeau, opérée de nouveau par M. Bazin. En 1847, elle rentre à Saint-Louis avec des plaques vulvaires et anales, et fait un traitement de cinq semaines. En 1848, écoulement anal blanc jaunâtre, constipation prolongée, expulsion pénible des matières fécales ; on constate un rétrécissement. L'état de la malade est resté le même depuis : constipation, efforts de défécation, pertes de sang par l'anus, écoulement d'un liquide séro-sanguinolent, quelquefois verdâtre, d'autres fois purulent. Pas d'écoulement, pas de douleurs au-dessus du mal. État stationnaire de la maladie ; mais peu d'amélioration depuis l'époque où le rétrécissement a été reconnu. — État actuel. A son entrée, la malade a de vives douleurs dans la région sacrée, du ténesme; un écoulement continuel très-fluide, infect, mais chargé surtout de l'odeur des excréments. L'anus est large, irrégulier, entr'ouvert, déprimé; cependant la malade nie tout rapport *a posteriori*, mais d'une manière tellement bruyante que le doute est grandement permis. Il existe au pourtour de l'anus des tumeurs condylomateuses. A 1 centimètre et demi environ dans l'intestin, on trouve des tumeurs semblables, nombreuses surtout en avant. A 2 centimètres, on rencontre une induration circulaire admettant le doigt, et formée de nodosités nombreuses réunies les unes aux autres. Au-dessus du rétrécissement, on trouve encore des bosselures remontant jusqu'à 7 centimètres, et se terminant par un anneau épais et solide qui serre fortement le doigt, et dont la constitution ressemble à l'anneau inférieur. En forçant un peu, on peut traverser le point rétréci. Au-dessus, l'intestin paraît sain.

La femme est grande, replète, colorée, assez vigoureuse ; elle dit bien se porter ; son teint n'est nullement cachectique. M. Verneuil, qui a examiné une des tumeurs de l'anus, n'y a vu qu'une tumeur hypertrophique, sans aucune apparence cancéreuse.

Depuis longtemps, le mercure et l'iodure de potassium sont employés, mais sans aucun résultat.

OBSERVATION VIII

(Provent, *Bulletins de la Société anatomique*, 1855).

L..., âgée de vingt-huit ans, couturière, entre à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis, n° 27, le 21 septembre 1854.

Sa constitution paraît bonne ; elle est brune, d'un tempérament sanguin, depuis cinq ans affectée d'une fistule recto-vulvaire. Elle n'a jamais eu d'enfants, n'a jamais fait de fausse couche.

Atteinte d'une ulcération à la fourchette (sur laquelle elle ne peut donner aucun détail), au début de sa maladie, elle entra à l'hôpital de Saint-Malo, où elle fut traitée par les pilules de proto-iodure de mercure et le sirop sudorifique pendant trois mois. C'est pendant ce séjour à l'hôpital que se produisit la fistule. La malade rendit d'abord quelques gaz seulement par la vulve; elle souffrait beaucoup en allant à la garde-robe ; mais ce n'est qu'après un an de douleur et de constipation qu'elle commença à rendre par la vulve des matières fécales. Il y a huit mois, la malade a encore eu un chancre qui a été traité de la même manière et cautérisé avec le nitrate d'argent. Ce chancre était complétement cicatrisé au bout de quatre mois, mais la fistule a persisté.

A son entrée, la malade présente les symptômes suivants :

Du côté de la vulve, à 6 ou 8 millimètres de la fourchette, on trouve une ulcération arrondie, à bords violacés et fongueux, de la largeur d'une pièce de 20 centimes à peu près, laissant suinter habituellement du pus mêlé de quelques matières liquides. Un stylet, introduit par cette ouverture, pénètre avec difficulté dans le rectum; les bords sont peu douloureux ; du reste, le vagin est sain, l'utérus normal.

Du côté du rectum, pas de condylomes ; l'ouverture de l'anus est violacée et présente quelques érosions superficielles ; elle est habituellement baignée d'un pus assez souvent strié de sang. Le doigt,

ntroduit dans le rectum, ne peut pas pénétrer au delà de 4 ou 5 centimètres; il rencontre autour de lui, sur toute la périphérie de l'intestin, une paroi dure, résistante, inégale; il y a là évidemment des ulcérations superficielles et des noyaux d'induration probablement fibreux.

A 2 centimètres tout au plus de l'anus, le doigt sent deux orifices qui laissent sortir par l'orifice unique, mais beaucoup plus considérable, de la vulve, le stylet qu'on y introduit. On ne sent aucune tumeur comprimant le rectum, mais le resserrement de sa paroi rend suffisamment compte des intermittences de constipation opiniâtre et de diarrhée qu'accuse la malade. Le ventre est assez développé, la malade se plaint de coliques fréquentes. L'appétit est resté bon; pas de fièvre; aucuns symptômes du côté des organes de la respiration et de la circulation.

Séjour à l'hôpital. Traitement purgatif seulement, cautérisations de la muqueuse rectale et de l'orifice fistuleux de la vulve avec le nitrate d'argent. La diarrhée est à peu près constante, la malade ne rend jamais de matières solides. Dans l'intervalle des selles, elle se plaint de besoins illusoires d'aller à la garde-robe; lorsqu'elle cherche à les satisfaire, elle ne rend qu'une petite quantité de pus qui tache habituellement son linge. Le 27 novembre, la malade est prise tout à coup de vomissements de matières d'abord alimentaires, puis bilieuses; la diarrhée persiste très-abondante.

On prescrit des lavements opiacés, des cataplasmes sur le ventre, de l'eau de Seltz.

Le 28, les vomissements et la diarrhée persistent, le ventre n'est que modérément douloureux; la peau est froide, le pouls assez fréquent, mais remarquable surtout pour sa petitesse; la figure est grippée, les yeux caves, la voix très-faible, les extrémités froides et légèrement cyanosées.

L'affection est prise pour une attaque de choléra, un cas de choléra s'était déclaré, quelques jours auparavant, dans une salle voisine, et traitée en conséquence.

Potion anti-émétique, lavements amylacés, opiacés; excitants sur la peau.

Le 29, même état; la malade meurt dans la nuit.

Autopsie le 1er décembre. — Poumons et cœur sains; cerveau normal. La cavité péritonéale contient plusieurs litres d'un liquide trouble, lactescent, dans lequel nagent de nombreux flocons albumino-fibrineux. Le péritoine, dans ses deux tiers inférieurs, est recouvert, tant sur son feuillet viscéral que sur le pariétal, de fausses membranes rugueuses, d'épaisseur variable. De nombreuses adhérences unissent entre elles les circonvolutions de l'intestin grêle. Le petit bassin est traversé par des brides qui unissent d'une manière assez intime les divers organes pelviens. Rien à noter du côté du foie et de la rate, des reins, et de toute la portion supérieure du tube digestif.

La pièce mise sous les yeux de la Société comprend l'ensemble des organes génitaux et le rectum.

La vessie est saine; le vagin et le col utérin sont légèrement décolorés.

Les ovaires adhèrent intimement, ainsi que les trompes, au corps de l'utérus. Nous avons essayé vainement de séparer l'ovaire droit du fond de l'organe, sur lequel il est appliqué. Du côté de la vulve, aucun changement notable; son état est tel que nous l'avons observé du vivant de la malade. L'anus ne présente ni condylomes ni hémorrhoïdes. La muqueuse de la partie inférieure du rectum est comme chagrinée; son aspect rappelle un peu, par les saillies nodulaires ou mamelonnées, les brides dont elle est couverte, celui d'une cicatrice de brûlure; elle présente, en outre, des ulcérations, les unes superficielles, les autres plus profondes, mais ne dépassant pas néanmoins l'épaisseur des tuniques, qui semblent hypertrophiées. A 2 centimètres environ de l'orifice anal, se trouvent deux petites ouvertures laissant passer aisément une sonde de femme et aboutissant à l'orifice vulvaire; ce sont les orifices rectaux de la fistule. Toute cette muqueuse est couverte d'un pus sanguinolent, sa couleur est d'un rouge violacé.

Le calibre de l'intestin est notablement diminué dans l'étendue de 10 à 12 centimètres au moins, à partir de l'anus. L'ampoule rectale est complétement affectée. A 8 centimètres environ de l'anus, commence la tumeur proprement dite, qui se continue, sans ligne fixe de démarcation, avec les tuniques hypertrophiées de la portion plus inférieure de l'intestin.

Cette tumeur a 6 à 8 centimètres de hauteur; son épaisseur est plus considérable à la partie postérieure qu'à la partie antérieure de l'intestin, avec lequel elle fait corps. La muqueuse qui la tapisse à l'intérieur du rectum présente les mêmes caractères que celle de la portion sphinctérienne; mais les bosselures sont moins considérables, la surface est à peine érodée, elle est plus lisse, mais encore injectée.

Au-dessus de la tumeur, la muqueuse redevient peu à peu normale, sans offrir de limite bien nette et tranchée entre la partie phlogosée et celle qui ne l'est pas.

La muqueuse n'a pas été examinée au point de vue de reconnaître l'état de son épithélium, qui paraît néanmoins sinon complétement détruit, au moins très-altéré au niveau de la portion malade.

La tumeur incisée présente un aspect fibreux.

M. Verneuil n'y a découvert que des éléments fibro-plastiques et des fibres musculaires hypertrophiées.

OBSERVATION IX

(communiquée par M. Henry, interne des hôpitaux).

Marie N..., âgée de quarante-cinq ans, brodeuse, née à Laval, mariée, entra à l'hôpital des Cliniques le 26 juillet 1855, portant un rétrécissement du rectum siégeant à 1 pouce de l'anus, et ne permettant qu'avec peine l'introduction du petit doigt.

Plusieurs nodus sur les tibias des deux côtés; surdité presque complète; symptômes qui durent depuis quinze à seize ans.

Pas de renseignements sur les antécédents.

Tubercules et cavernes dans les deux poumons; dans les derniers jours, diarrhée, vomissements, affaiblissement progressif. Mort le 28 juillet, à deux heures du matin, avec conservation de l'intelligence.

Autopsie le 29. — L'intestin offre, dans toute son étendue, une injection violacée. Le colon et la partie supérieure du rectum offrent une couleur d'un jaune pâle, avec des plaques d'injection superficielle.

A 10 centimètres de l'anus, la muqueuse offre une démarcation festonnée qui fait tout le tour de l'intestin, et qui sépare la partie supérieure de l'intestin sain de la partie inférieure déprimée, rouge vif par plaques, ardoisée, et paraissant ulcérée par points. Les fibres musculaires sont à nu.

Plusieurs diverticules sous-muqueux, dont l'un offre 2 centimètres. Le rétrécissement existe à 4 centimètres de l'anus, sous forme d'un anneau épais de 6 à 8 millimètres.

Cet anneau, qui avant la mort ne permettait pas d'introduire l'indicateur, et était très-ferme, est depuis la mort beaucoup plus lâche, et permet le passage facile de la dernière phalange. Au-dessous, muqueuse irrégulière avec des dépressions ressemblant aux cicatrices d'anciennes ulcérations. A l'une d'elles, correspond le pertuis d'une fistule de 1 centimètre. La largeur du rectum est, à sa partie inférieure, de 8 centimètres; au niveau du rétrécissement, de 3 centimètres; au niveau de l'ampoule, de 9 centimètres. Au niveau de l'ampoule, la tunique musculaire est hypertrophiée, et l'épaisseur est de 5 millimètres. Toute la partie inférieure au rétrécissement est violacée, injectée, ardoisée; il n'existe pas de fistule recto-vaginale. A l'entrée du vagin, près de la fourchette, est une surface déprimée, irrégulière, arrondie, large de 4 à 5 millimètres, blanchâtre; le pourtour est violacé, et pourrait être une ancienne cicatrice de chancre.

Foie graisseux; poumons remplis de tubercules, surtout le gauche, qu'on ne peut arracher que par lambeaux. L'articulation tibio-tar-

sienne offre un relâchement des ligaments et un état gélatiniforme de la synoviale, et une érosion des cartilages; deux petits nodus sur le tibia, mobiles dans le tissu cellulaire. Dans la partie inférieure, au-dessous du rétrécissement, quelques végétations rougeâtres et globuleuses, de la grosseur à peu près d'un pois.

OBSERVATION X

(communiquée par M. Gosselin).

C... (Marie), trente-quatre ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital de Lourcine le 18 septembre 1852.

Cette malade a depuis quelques semaines une kératite plastique disséminée, avec une double blépharite ciliaire sur l'œil gauche; elle a de plus un herpès impétigineux à la narine droite et sur toute la portion médiane de la lèvre supérieure. On trouve de plus, sur la joue gauche, un tubercule ulcéré, avec une croûte impétiginiforme; une croûte semblable existe sur le sourcil gauche. De plus, sur les bras et sur les cuisses, macules jaunes, et sur les jambes, quelques petits tubercules. Il y a enfin une cicatrice de bubon suppuré dans l'aine, du côté droit.

Du côté de l'anus, on trouve des lésions qui paraissent remonter à huit ou dix ans, et qui, au dire de la malade, n'ont jamais occasionné de douleurs, même en allant à la selle; seulement la défécation est souvent accompagnée de sang, et il y a fréquemment de la diarrhée. On trouve de ce côté : 1° un suintement purulent et sanguinolent par l'anus; 2° de larges condylomes qui bordent circulairement l'entrée de l'anus, dont quelques-uns sont ulcérés, surtout les antérieurs; 3° quelques hémorrhoïdes molles et violacées; 4° une induration par plaques de la muqueuse à la partie inférieure du rectum; 5° à 4 ou 5 centimètres de profondeur, un rétrécissement circulaire, dur et peu extensible, qui cependant admet facilement le doigt et la mèche.

Le 27 octobre. Au toucher vaginal, le doigt sent distinctement, dans le cul-de-sac antérieur, le corps de l'utérus infléchi en avant; du reste, le cul-de-sac antérieur est très-peu spacieux, aussi l'utérus paraît-il se placer immédiatement derrière le pubis, sans que le doigt puisse se placer entre les deux. Trois accouchements et une fausse couche; pas de douleurs utérines.

Le 9 décembre. Au-dessus du rétrécissement, les tissus offrent moins de dureté, mais le rétrécissement paraît un peu plus serré, et l'on sent au-dessus des indurations. Il est évident qu'une amélioration a été obtenue à la partie inférieure, mais que le mal s'est élevé supérieurement; cependant il n'y a pas de diarrhée. Le traitement a jusqu'ici consisté en mèches enduites d'onguent mercuriel, en huile de foie de morue, liqueur de Van Swieten, etc.

Le 19, *exeat*.

Note. J'ai omis dans cette observation les détails étrangers à la maladie qui nous occupe. M. Gosselin, qui en comptait douze au moment de la publication de son mémoire, a bien voulu les mettre à ma disposition; mais il y a tant de ressemblance entre elles toutes que je n'ai pas cru devoir les rapporter ici. Du reste, on peut consulter le travail de ce chirurgien, on y trouvera tous les renseignements désirables sur cette variété de rétrécissements.

OBSERVATION XI.

Rétrécissement fibreux du rectum, déterminé par les cautérisations répétées; fistule anale; opération par le Dr L. Blanchet, ancien interne des hôpitaux.

Le 26 février dernier, M. D..., demeurant à Paris, vient me consulter. Voici ce qu'il me raconte. Au mois de janvier, il y a quatre ans, il éprouva tout à coup et peut-être à la suite d'un peu de fatigue, mais ses souvenirs ne le servent pas bien, de la douleur de la région anale et de la difficulté d'aller à la selle, et bientôt il

avait senti dans cette région un bourrelet hémorrhoïdal. Le malade rend parfaitement compte des sensations qu'il a ressenties. Il souffrait en marchant et quand il voulait s'asseoir; il avait de fréquentes envies d'aller à la garde-grobe, et, à chaque fois, il rendait du sang et éprouvait des douleurs bien plus vives. Il prit plusieurs bains de siége, sans éprouver de soulagement. Le médecin qu'il appela pratiqua successivement un grand nombre de cautérisations, d'abord avec le nitrate d'argent tant sur le bourrelet que dans l'intérieur du rectum, puis il cautérisa avec un liquide qui semble avoir été de l'acide nitrique ou de l'acide chlorhydrique. M. D... souffrait beaucoup de la cautérisation, et les douleurs ainsi que les difficultés des selles augmentaient. Après six mois, il s'aperçut que les matières qu'il rendait étaient allongées, aplaties, comme *passées à la filière*. Les matières fécales sortaient avec peine et après de grands efforts. Le médecin eut recours à l'emploi de mèches cératées, mais il n'abandonna pas la cautérisation.

Deux ans se passèrent avec des alternatives de bien et de mal. L'usage des mèches fut assez vite abandonné, et si l'on y revenait de temps en temps, c'était pour peu de temps.

Au mois de mai 1854, le malade entra dans le service de M. Velpeau, il pouvait à peine rendre quelques boulettes fécales tous les quatre ou cinq jours après de violents efforts et à la suite de fortes coliques. M. Velpeau reconnut l'existence d'un rétrécissement fibreux, pratiqua plusieurs incisions, et fit maintenir la dilatation à l'aide d'éponges préparées. Le malade resta un mois à l'hôpital, et quand il sortit, il allait assez librement à la garde-robe, et n'introduisit dans le rectum, après sa sortie, que quatre ou cinq fois des éponges préparées.

Six mois plus tard, il se trouvait dans le même état qu'avant son entrée à la Charité; seulement il avait de plus une fistule complète, suite d'un abcès qui s'était développé au pourtour de l'anus.

Alors M. D... voulut revenir aux mèches; mais, si petites qu'elles fussent, il ne put les introduire, et c'est à peine si une canule en

gomme élastique pénétrait. Son état alla de mal en pis jusqu'au mois de février, époque où je le vis pour la première fois.

Pas d'antécédents syphilitiques, point d'accidents primitifs, point d'accidents secondaires; la santé avait toujours été bonne et il y avait de l'embonpoint. Depuis lors amaigrissement, mélancolie.

État actuel (26 février). M. D:.. est âgé de trente-cinq à trente-huit ans. Émaciation assez prononcée; teinte jaune, subictérique, au visage; peau flasque, molle et blanche sur le corps. Yeux grands, paupières enfoncées, noirâtres. Appétit presque nul, dégoût, idées tristes. Digestions pénibles, douloureuses; coliques fréquentes. Ventre souvent ballonné. Selles rares venant tous les quatre, six, huit jours, et exigeant des efforts fréquents et violents et de nombreux lavements; c'est à peine s'il sort quelques boulettes fécales très-petites et très-dures.

En examinant le pourtour de l'anus, on voit un bourrelet hémorrhoïdal rouge, un peu douloureux. Tout autour de l'ouverture anale, quelques petites fissures, assez douloureuses, surtout au toucher et à l'introduction du doigt. Sur le côté gauche de l'anus, il y a une petite ouverture fistuleuse, saillante, indurée. Le malade dit qu'il sent les gaz et les matières liquides par le petit pertuis, et que ces matières mouillent et tachent son linge.

Le doigt introduit dans le rectum, on sent, à 1 pouce environ au-dessus de l'orifice, une espèce de repli valvulaire fibreux, dur, résistant, qui arrête le doigt. Vers le centre, on trouve une petite ouverture qu'on ne peut franchir, de sorte qu'il est impossible de se rendre compte de l'intestin au-dessus : une sonde peut passer par cette ouverture; on s'assure alors qu'elle tombe dans un espace bien plus grand et l'on ne sent pas de bosselures. Au niveau du rétrécissement, le doigt rencontre une petite ouverture sur la face latérale droite du rectum. Un stylet engagé dans la fistule pénètre dans le rectum à ce niveau. Le reste de l'intestin au-dessous du rétrécissement est un peu épaissi et induré.

Après avoir prévenu le malade que le traitement serait fort long

et qu'il faudrait une grande persévérance, je me décide à pratiquer une opération.

Le 1er mars 1855. A l'aide d'un bistouri boutonné, glissé sur le doigt préalablement introduit dans l'intestin, je fis sur le rétrécissement sept ou huit incisions profondes; immédiatement je pus introduire le doigt. Je reconnus un second rétrécissement à 1 centimètre au-dessus. Je l'incisai et j'introduisis une grosse mèche. Le doigt, en pénétrant dans le rectum, avait rencontré une coarctation assez marquée de l'ouverture anale. Le malade avait accusé de la douleur. La mèche le fit beaucoup souffrir et ne put être supportée plus de deux heures. Le soir, le malade se soumit avec répugnance à l'introduction d'une nouvelle mèche, qui ne fut pas gardée plus d'une heure. Le lendemain et le surlendemain, bien que j'eusse employé la pommade, l'onguent de la mère, l'huile d'amandes douces, les douleurs furent encore plus vives, et la mèche ne fut gardée qu'une demi-heure.

Je n'hésitai plus à couper le sphincter anal, et, comme il existait une fistule, j'incisai la fistule, puis j'excisai les deux lambeaux latéraux et le bourrelet hémorrhoïdal. J'arrivai alors à ce rétrécissement; je l'incisai de nouveau ou plutôt j'excisai tout ce que je pus saisir soit avec les doigts, soit avec des pinces, et j'introduisis très-facilement une grosse mèche. Pendant les huit premiers jours, je laissai les mèches presque toute la journée et la nuit; ensuite des mèches aussi grosses que les cinq doigts de la main réunis en faisceau furent introduites.

Dès le 15 juin, une mèche est introduite chaque matin à demeure de cinq à six heures.

Au mois d'avril, chaque mèche reste de une heure à deux heures. Le même pansement fut fait de la même manière pendant le mois d'avril. Au mois de juin, je fis faire par M. Cabirol un gros suppositoire en gutta-percha, que le malade s'introduisit lui-même et garda deux heures.

Le trajet fistuleux se guérit bien des parties profondes vers les parties superficielles, mais lentement. Pour ce moment, 25 juillet, il existe à peine quelques bourgeons charnus qui ont retardé la complète cicatrisation.

Le rétrécissement a disparu; le doigt pénètre facilement. Seulement le rectum est épaissi, induré, au niveau et au-dessous du point où existait le rétrécissement; il n'y a aucune ulcération. Toutes les trois semaines environ, je cherche à dilater avec le doigt. Les matières fécales sortent facilement, le malade va deux ou trois fois par jour à la garde-robe. Je le purge tous les mois environ, et je lui recommande l'usage de lavements souvent répétés, tantôt avec de l'eau de son, tantôt avec une décoction de feuilles de noyer. La gaieté, la santé, l'embonpoint, sont revenus. Je continue cependant le suppositoire matin et soir, et des mèches toutes les deux, trois, quatre semaines. Puis, pendant un an, le malade devra continuer l'usage du suppositoire; et ensuite il devra l'introduire tous les deux, trois, quatre jours, pendant cinq à six ans au moins.

Noms des auteurs cités.

TULPIUS. *Observat. medic.*, lib. 3, cap. 2.

DIONIS. *Cours d'opérations de chirurgie.*

MORGAGNI. Lettre 32.

MARQUET. *Traité de l'hydropisie et de la jaunisse.*

DUCHADOZ. *De Proctostenia seu de morbosis intestini recti angustiis* (thèse inaugurale).

ANCELIN. *Histoire et mémoires de la Société royale de médecine.*

DESAULT. *Œuvres chirurgicales*, t. 2.

BELLET. *Sur les squirrhosités et les rétrécissements de l'intestin rectum et de l'anus* (Thèses de Paris, 1805).

RICHERAND. *Nosographie chirurgicale*, t. 3.

COPELAND. *Observations on the principal diseases of the rectum and anus.*

BOYER. *Traité des maladies chirurgicales*, t. 10.

LEBIDOIS. *Archives générales de médecine*, t. 14; 1828.

BAYLE et CAYOL. *Dictionnaire des sciences médicales*, art. *Cancer.*

PINAULT. *Dissertation sur le cancer du rectum* (Thèses de Paris, 1829).

COSTALLAT. *Essai sur un nouveau mode de dilatation.*

TANCHOU. *Traité des rétrécissements du canal de l'urèthre et de l'intestin rectum.*

A. BÉRARD et MASLIEURAT-LAGÉMARD. *Mémoire et observations sur les rétrécissements organiques du rectum* (*Gazette méd.*, 1839).

ANDRAL. Dictionnaire en 21 vol., art. *Rectite.*

AMUSSAT. *Quelques réflexions pratiques sur les obstructions du rectum* (*Gazette médicale*, 1839).

LAUGIER. *Dictionnaire de médecine*, art. *Rectum.*

BÉGIN. *Mémoire sur les maladies graves de l'anus et du rectum* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. 3).

CULLERIER. *Mémoire sur l'entérite syphilitique.*

GOSSELIN. *Mémoire sur les rétrécissements syphilitiques du rectum* (*Arch. génér. de médecine*, décembre 1854).

VIDAL (de Cassis). *Traité de pathologie externe.*

Bulletin de la Soc. anat. de Paris, 1852-53.